



Approche évènementielle de la déclaration tardive de grossesse supérieure à seize semaines d'aménorrhée en Seine-Saint-Denis en 2013

Mahault Decaux

► To cite this version:

Mahault Decaux. Approche évènementielle de la déclaration tardive de grossesse supérieure à seize semaines d'aménorrhée en Seine-Saint-Denis en 2013. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01056916

HAL Id: dumas-01056916

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01056916>

Submitted on 20 Aug 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 28 avril 2014

par

Mahault DECAUX

Né(e) le 18/05/1991

**Approche évènementielle de la
déclaration tardive de grossesse supérieure
à seize semaines d'aménorrhée en
Seine-Saint-Denis en 2013**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme BENJILANY Sarah

Sage-femme libérale, Enghien-les-Bains (95)

CO-DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme DIEUDONNE Cécile

Sage-femme cadre, Diaconesses (75)

JURY :

Mme VINCENT Aurélie

Mme DUQUENOIS Sylvie

Mme SAUVEGRAIN Priscille

Mme COLLIOT-THELENE Elisabeth

Mme DIEUDONNE Cécile

Représentante du directeur technique et d'enseignement de l'ESF Baudelocque

Représentante de la directrice de l'ESF Baudelocque

Sage-femme, docteure en anthropologie

Sage-femme

Sage-femme co-directrice, Diaconesses

N°2014PA05MA14

Remerciements

A Sarah Benjilany, directrice de ce mémoire, pour son aide précieuse, son soutien, sa disponibilité, la qualité et la justesse de ses conseils ; merci de m'avoir aidé durant ces deux années afin que ce mémoire puisse enfin voir le jour.

A Cécile Dieudonné, co-directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, son soutien et son optimisme.

A Anne Chantry, pour son aide, ses conseils et ses remarques pertinentes concernant l'étude quantitative.

A l'équipe du Conseil Général de Seine-Saint-Denis : Mme Vasseur, Mme Carayol, pour leur aide lors de l'élaboration de ce travail, leur disponibilité, la justesse de leur propos ; Mme Samson, pour son aide, sa disponibilité hors-pair et sa gentillesse ; les sages-femmes de PMI pour leur accueil et leur soutien ; les femmes rencontrées, pour le temps qu'elles m'ont accordé et tout ce qu'elles ont pu m'apporter.

A ma famille : mes parents, mes sœurs, ma grand-mère, pour leur soutien et leurs encouragements, en toutes circonstances ; ma tante, pour son aide dans la logistique de finition du mémoire.

A mes amies : Marion, Aurélie, pour leur optimisme et leur soutien indéfectible ; Lara, pour son aide précieuse à la traduction ; mes amies de la promotion 2014, en particulier Laure, Laetitia, Isabelle et Marie-Charlotte, sans qui ces quatre années d'études n'auraient pas eu la même saveur.

Enfin, à Yassin, pour son soutien constant et sa joie de vivre au quotidien.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures.....	II
Lexique	IV
Introduction.....	1
Première partie La déclaration tardive de grossesse	2
I. Cadre législatif du suivi de grossesse	2
1.1 <i>La déclaration de grossesse</i>	2
1.1.1 Définition	2
1.1.2 Intérêts de la déclaration de grossesse	3
1.1.3 Praticiens qui la réalisent.....	5
1.2 <i>Le suivi médical de grossesse</i>	5
1.2.1 Les consultations médicales	8
1.2.1.1 La première consultation	8
1.2.1.2 La deuxième consultation et les consultations prénatales intermédiaires	9
1.2.1.3 La consultation du neuvième mois.....	10
1.3 <i>Les organisations institutionnelles du suivi de grossesse physiologique</i>	11
1.3.1 Le suivi de grossesse en libéral	11
1.3.2 Le suivi de grossesse hospitalier	11
1.3.3 Le suivi de grossesse en PMI ou en centre de santé	11
1.3.4 Les réseaux de périnatalité.....	12
1.3.5 Organisations institutionnelles en Seine-Saint-Denis.....	13
II. La déclaration tardive de grossesse en France	17
2.1 <i>Epidémiologie générale</i>	17
2.2 <i>Facteurs liés à la déclaration tardive de grossesse</i>	19
2.2.1 L'âge (inférieur à 25 ans ou supérieur à 40 ans)	19
2.2.2 L'absence de vie en couple	21
2.2.3 L'absence d'emploi, le revenu faible et le fait de bénéficier d'aides publiques (allocation chômage, RSA, API)	21
2.2.4 La nationalité étrangère	22
2.2.5 L'absence de mutuelle et le fait de bénéficier de dispositifs d'aide (CMU, AME)	23
2.2.6 La gestité supérieure ou égale à quatre.....	24
2.2.7 Les autres facteurs	24
2.3 <i>Déclaration tardive de grossesse et suivi de grossesse sporadique : deux notions différentes</i>	28
2.3.1 Consultations prénatales	28
2.3.2 Suivi échographique	29
2.3.3 Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)	30

2.3.4 Situation de précarité et suivi de grossesse	30
III. La déclaration tardive de grossesse en Seine-Saint-Denis	33
3.1 <i>Epidémiologie générale</i>	33
3.2 <i>Facteurs influençant les déclarations de grossesse tardives en Seine-Saint-Denis</i>	36
3.3 <i>Prise en charge des déclarations tardives de grossesse en Seine-Saint-Denis</i>	36
Deuxième partie Méthodologie de l'étude	38
I/Problématique.....	38
II/Objectifs.....	38
III/Hypothèses	39
IV/Méthodologie.....	39
4.1 <i>L'étude quantitative</i>	39
4.1.1 Type d'étude	39
4.1.2 Outils utilisés.....	39
4.1.3 Population étudiée	41
4.1.4 Items étudiés	41
4.2 <i>L'étude qualitative</i>	43
4.2.1 Méthode utilisée	43
4.2.2 Recrutement de la population étudiée	43
4.2.3 Nature des entretiens.....	45
4.2.4 L'analyse des données qualitatives	45
4.2.4.1 La retranscription des données.....	45
4.2.4.2 Le codage des informations.....	45
4.2.4.3 Le traitement des données	46
V/Résultats.....	46
5.1 <i>L'étude quantitative</i>	46
5.1.1 Tests statistiques	46
5.1.2 Description de la population étudiée	46
5.1.2.1 Terme de la déclaration de grossesse	46
5.1.2.2 Pays de naissance de la mère	47
5.1.2.3 Âge de la mère	47
5.1.2.4 Activité professionnelle de la mère	48
5.1.2.5 Affiliation de la mère à la Sécurité Sociale.....	48
5.1.2.6 Gestité de la mère	49
5.1.2.7 Présence du père.....	49
5.1.3 Analyses bivariées	50
5.1.3.1 Terme et pays de naissance maternel.....	50
5.1.3.2 Terme et âge maternel.....	51
5.1.3.3 Terme et activité professionnelle maternelle.....	51
5.1.3.4 Terme et couverture sociale maternelle.....	52
5.1.3.5 Terme et gestité maternelle	52
5.1.3.6 Terme et présence du père sur la déclaration de grossesse	53
5.2 <i>L'étude qualitative</i>	53

5.2.1 Profil des femmes rencontrées.....	53
5.2.1.1 Une femme rencontrée sur deux ne reçoit pas de soutien de la part de son conjoint	53
5.2.1.2 Des antécédents obstétricaux différents	55
5.2.1.3 Une présence familiale soutenante ou non	56
5.2.2 Contexte de la déclaration tardive de grossesse	59
5.2.2.1 Des causes multiples de déclarations de grossesse tardives	59
5.2.2.2 Des déclarations tardives réalisées majoritairement par une sage-femme de Protection Maternelle et Infantile, aux alentours du cinquième mois de grossesse	61
5.2.2.3 Des sentiments variés ressentis par les femmes au moment de la découverte de grossesse	62
5.2.3 Devenir de ces grossesses déclarées tardivement	64
5.2.3.1 Des grossesses suivies régulièrement en PMI après la découverte de la grossesse	64
5.2.3.2 De multiples ressentis sur la grossesse au moment des entretiens.....	65
Troisième partie Discussion.....	67
I/Analyse et discussion des résultats.....	67
1.1 Etude quantitative	67
1.1.1 Le pays de naissance.....	67
1.1.2 L'âge maternel.....	68
1.1.3 L'activité professionnelle maternelle	69
1.1.4 La couverture sociale	70
1.1.5 La gestité	70
1.1.6 La présence du père	71
1.1.7 Les facteurs de déclaration tardive en Seine-Saint-Denis.....	72
1.2 Etude qualitative	72
1.2.1 Profil des femmes interviewées	72
1.2.2 Autres résultats de l'étude qualitative	73
1.3 Réponse aux hypothèses de base	77
1.3.1 Première hypothèse	77
1.3.2 Deuxième hypothèse	78
1.3.3 Troisième hypothèse	78
II/Forces et limites de l'étude	79
III/Propositions d'action	81
3.1 Recommandations	81
3.2 La profession de sage-femme	83
Conclusion.....	85
Annexes.....	89

Liste des tableaux

Tableau 1: Déclaration de grossesse et trimestre de déclaration (ENP 2010, tableau 14) (9)	
.....	18
Tableau 2: Surveillance prénatale selon les ressources du ménage, ENP 2010 (9)	22
Tableau 3 : Couverture sociale en début de grossesse et examens ou consultations non pratiqués pour raison financière, ENP 2010 (9)	23
Tableau 4: Moment de la première consultation en 2009 (%), ORS (17)	35
Tableau 5: Trimestre de la déclaration de grossesse pour les enfants franciliens nés en 2010, ORS (18)	35

Liste des figures

Figure 1: Arbre décisionnel pour l'orientation des grossesses en termes de suivi et de structure, HAS (10).....	7
Figure 2: Carte des maternités et services de néonatalogie de Seine-Saint-Denis en 2010, ORS (17)	14
Figure 3: Implantation des centres de PMI en Seine-Saint-Denis, ORS (13).....	15
Figure 4: Déclaration de grossesse au delà du premier trimestre par cantons franciliens en 2010, PCS (18)	18
Figure 5: Terme de la déclaration de grossesse et âge maternel, Premiers certificats de santé ORS (18)	19
Figure 6: Déclaration de grossesse après le premier trimestre et âge maternel, ENP 2010 (9)	20

Liste des annexes

Annexe I : Formulaire de déclaration de grossesse CERFA	90
Annexe II : Professionnels de santé consultés pour la déclaration de grossesse (ENP 2010, tableau 15)	91
Annexe III : Déroulement de la première consultation avant 10 SA, HAS (10)	92
Annexe IV : Examens à prescrire lors de la 1 ^e consultation du suivi de grossesse, HAS (10)	93
Annexe V : Déroulement et examens complémentaires de la 2 ^e consultation, HAS (10)	94
Annexe VI : Déroulement et examens complémentaires des consultations prénatales intermédiaires, HAS (10)	95
Annexe VII : Déroulement et examens complémentaires de la consultation du 9 ^e mois, HAS (10)	96
Annexe VIII : Suivi de grossesse et femmes ayant déclaré leur grossesse tardivement, ENP 2010 (8)	97
Annexe IX : Modèle de lettre de Mise A Disposition proposé par le Conseil Général de Seine-Saint-Denis	98
Annexe X : Modèle de lettre de Mise à Disposition de Mme Lecomte, sage-femme à Aulnay-sous-Bois	99
Annexe XI : Tableau récapitulatif des femmes interviewées	100

Lexique

Par ordre d'apparition :

- PMI: Protection Maternelle et Infantile
- RSA : Revenu de Solidarité Active
- API: Allocation de Parent Isolé
- CMU: Couverture Maladie Universelle
- CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- AME: Aide Médicale de l'Etat
- PNP: Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- ENP: Enquête Nationale Périnatale
- ORS: Observatoire Régional de Santé
- HAS: Haute Autorité de Santé
- PCS: Premiers Certificats de Santé
- CERFA: Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs
- CAF: Caisse d'Allocations Familiales
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- HDJ : Hôpital de Jour
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- MIPES : Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale
- PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
- MAD : Mise A Disposition
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- CS : Couverture Sociale
- DIU : Dispositif Intra Utérin
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance

Introduction

La déclaration de grossesse est un document, spécifiquement français, qui atteste de la grossesse par un soignant. Elle permet à la femme enceinte de recevoir les allocations prénatales et de bénéficier d'une prise en charge sociale à 100% à partir du sixième mois de grossesse. D'après les textes, elle doit être établie avant seize semaines d'aménorrhée révolues.

L'Enquête Nationale Périnatale réalisée en 2010 a constaté une augmentation des déclarations tardives, passant de 4,9% en 2003 à 7,8% en 2010.

La déclaration tardive est plus souvent retrouvée chez les femmes bénéficiant d'aides publiques. Selon certains auteurs, la dégradation de la situation sociale chez certaines femmes pourrait en partie expliquer l'augmentation de ces déclarations de grossesse tardives. Par ailleurs, le département de Seine-Saint-Denis présente le taux le plus élevé de grossesses déclarées hors des délais légaux, par rapport aux autres départements d'Île-de-France, avec 8,8% de déclarations de grossesse tardives (4,7% au niveau régional).

Depuis 2004, les sages-femmes sont habilitées à réaliser le premier examen prénatal, et par conséquent, à certifier de l'état de grossesse de leur patiente. Par ailleurs, ce sont les sages-femmes qui réalisent le plus de déclarations tardives de grossesse parmi l'ensemble des professionnels de santé médicaux.

Nous nous sommes donc demandé en quoi certains facteurs socio-économiques et psychologiques amenaient des femmes à déclarer tardivement leur grossesse.

Pour répondre à cette question, nous avons choisi de caractériser les patientes présentant une déclaration tardive de grossesse en Seine-Saint-Denis en 2013 afin de pouvoir repérer les situations dites « à risque », puis d'analyser les événements qui amènent ces femmes à déclarer leur grossesse hors des délais légaux.

Tout d'abord, nous aborderons le cadre conceptuel autour de la déclaration tardive de grossesse ; puis la méthodologie de l'étude et ses résultats. Enfin, nous analyserons les données de notre étude afin de proposer des axes d'amélioration et de recherche.

Première partie

La déclaration tardive de grossesse

I. Cadre législatif du suivi de grossesse

1.1 La déclaration de grossesse

1.1.1 Définition

La déclaration de grossesse est un formulaire en trois volets (numéro Cerfa 10112*05), intitulé « Premier examen prénatal », attestant de l'état de grossesse de la femme et stipulant la date présumée de début de grossesse. (1) (2) (**Annexe I**)

Elle a pour objectif principal d'informer les services compétents, l'organisme d'assurance maladie (la Sécurité Sociale) et l'organisme chargé des prestations familiales, afin que la femme puisse bénéficier de l'ouverture des droits sociaux et médicaux concernant la grossesse. (3)

Bien qu'elle ne soit pas obligatoire légalement, la déclaration de grossesse permet à la femme de recevoir les allocations prénatales et de bénéficier de la couverture sociale à 100% à partir du sixième mois de grossesse.

Propre à la France, la déclaration de grossesse doit être effectuée par le professionnel de santé consulté par la femme ; cette dernière doit l'adresser à son organisme d'assurance maladie ainsi qu'à l'organisme débiteur de prestations familiales qui lui est rattaché dans les quatorze premières semaines révolues de la grossesse (article D532-1 du Code de la Sécurité Sociale). (4)

La déclaration de grossesse est délivrée après un premier examen prénatal de la patiente, qui consiste en un examen médical avec prescription des examens complémentaires de la grossesse.

La femme doit ensuite envoyer les différents exemplaires à la Sécurité Sociale et à la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), qui fera le relais vers le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) du département. (1)

A réception de la déclaration de grossesse, le carnet de santé de maternité est envoyé à la patiente selon les départements par : sa caisse d'assurance maladie, les services de PMI du Conseil Général ou sa mutuelle.

Il permet d'apporter à la femme enceinte une information sur le déroulement de la grossesse et d'amorcer un dialogue entre la mère et les différents professionnels de santé du secteur médical ou social. (5)

1.1.2 Intérêts de la déclaration de grossesse

Tant pour le suivi de la grossesse que pour l'accompagnement tout au long de cette période ou pour la couverture des frais médicaux, la déclaration de grossesse présente de nombreux intérêts.

Au niveau obstétrical, lorsque la déclaration est effectuée dans les délais légaux lors d'une première consultation prénatale entre dix et seize semaines d'aménorrhée (SA), une prise en charge globale et précoce de la femme enceinte et de son futur enfant à naître peut ainsi être envisagée, visant à diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale. (1) Cependant, le fait de déclarer la grossesse dans les délais impartis ne prédit pas forcément un suivi ultérieur de grossesse régulier.

Au niveau socio-économique, la déclaration de grossesse permet à la femme enceinte de bénéficier d'une prise en charge à 100% de l'ensemble des frais médicaux, en lien ou non avec la grossesse, à partir du premier jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au douzième jour après l'accouchement inclus, au titre de l'assurance maternité.

A noter que dès que la déclaration de grossesse est faite, les examens prénataux et postnataux obligatoires ainsi que certains actes se rapportant à la grossesse sont remboursés à 100%. (6)

D'un intérêt épidémiologique, la déclaration de grossesse permet également de recenser toutes les femmes enceintes et plus particulièrement celles plus « exposées », plus « vulnérables » auprès de qui la PMI va intervenir directement pour un suivi au plus près.

Par l'intermédiaire de la déclaration de grossesse et lorsque les revenus de la femme enceinte ne dépassent pas un certain montant, appelé plafond des ressources, la CAF peut verser :

- la prime à la naissance au septième mois de grossesse (923,08€ au 01/04/2013) pour un enfant
- l'allocation mensuelle, appelée allocation de base (184,62€ au 01/04/2013), de la naissance de l'enfant jusqu'à ses 3 ans. (7)

L'article L.516 du Code de la Sécurité Sociale, modifié par le décret n°78-418 du 23/03/1978 stipule que « *(pour que) les allocations prénatales soient dues pour les neuf mois ayant précédé la naissance, la déclaration de grossesse doit être faite dans les quinze premières semaines de la grossesse.* »

Ainsi, lorsque la déclaration est faite hors des délais légaux, le droit à ces aides ne pourra être accordé à la femme enceinte qu'à partir du moment où la déclaration de grossesse a été établie.

Cependant, l'article 28 du décret du 10 décembre 1946 portant sur l'article L.516 du Code de la Sécurité Sociale a été modifié en 1978 et permet de réglementer les cas où la déclaration de grossesse a été faite tardivement : « *Lorsque la déclaration de grossesse ou les examens prénataux n'ont pu avoir lieu dans les délais prévus pour des raisons indépendantes de la volonté de l'intéressée, l'organisme ou service débiteur des prestations familiales peut accorder le bénéfice des allocations prénatales par décision motivée prise sur avis du médecin chargé de la protection maternelle et infantile.* »

Ainsi, l'utilisation de l'expression « *pour des raisons indépendantes de la volonté de l'intéressée* » permet de prendre en considération de très nombreuses situations, autant sociales que psychologiques, qui ont amené la femme à déclarer tardivement sa grossesse.

1.1.3 Praticiens qui la réalisent

Les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP), qui font partie des plans Périnatalité, ont lieu à intervalles réguliers et ont pour objectif le recueil d'informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque à partir d'un échantillon représentatif des accouchements, composé de toutes les naissances en France pendant une semaine donnée. (8)

Celle de 2010 révèle que le professionnel de santé ayant fait la déclaration de grossesse est essentiellement un gynécologue-obstétricien, que ce soit en ville (47,6%) ou en maternité (26,5%).

22,4% des femmes vont consulter chez un médecin généraliste pour leur premier examen prénatal et celui-ci effectuera donc la déclaration de grossesse. Il joue un rôle important dans le diagnostic anténatal et l'orientation de la surveillance au premier trimestre de la grossesse.

Enfin, le changement le plus important par rapport à l'enquête de 2003 concerne les sages-femmes : depuis la publication de la loi du 9 août 2004 qui a modifié l'article L.2122-1, autorisant les sages-femmes à réaliser le premier examen prénatal, ces dernières sont désormais amenées à attester de l'état de grossesse de leur patiente, et donc à effectuer des déclarations de grossesse.

L'enquête de 2010 a permis de constater que seul 5,4% des femmes consultent une sage-femme lors de leur premier examen prénatal, donc au moment de leur déclaration de grossesse. (9) (**Annexe II**)

1.2 Le suivi médical de grossesse

Le suivi de grossesse a pour objectif de veiller au déroulement normal de la grossesse. (4)

La femme enceinte est libre de choisir le professionnel de santé qui la suit. Auparavant, elle doit avoir été informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétences de chaque professionnel impliqué dans le suivi de grossesse.

Il est recommandé que les femmes soient suivies, autant que possible, par un groupe restreint de professionnels de santé, dans l'idéal par une même personne.

Afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens, il semble nécessaire de rappeler l'importance de la coordination et de la collaboration entre les différents professionnels de santé.

Une démarche continue et évolutive au fur et à mesure de la grossesse est recommandée lors du suivi de la femme enceinte, et ce jusqu'à la consultation du neuvième mois ou l'accouchement.

Un suivi médical régulier et le plus précoce permet d'identifier les facteurs de risque, afin d'améliorer la santé périnatale et de réduire les inégalités.

Les sages-femmes sont les actrices de soins de santé primaires dans le suivi de grossesse ; avec les médecins généralistes et les gynécologues médicaux, ils ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque médical des femmes et d'en référer, s'il y a présence ou apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens ou des médecins spécialistes (acteurs de soins de santé secondaires).

Dans le cas où la grossesse se déroule sans situation à risque ou qu'il existe une situation qui relève d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être effectué par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien), selon le choix de la patiente.

Cependant, lorsqu'une situation à risque est détectée et qu'elle peut être qualifiée « à risque élevé », le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Afin de garantir l'accès aux soins, il est nécessaire que le lieu de naissance soit prévu lors du suivi de grossesse : la femme ou le couple intègre ainsi dans le projet de naissance le choix du lieu d'accouchement.

Actuellement, en France, il existe trois «types» de maternité (respectivement I, II et III) qui correspondent à trois types d'organisation de l'offre de soins au niveau obstétrico-pédiatrique. (10)

L'article R.6123-39 du Code de la santé publique précise que « *les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site :*

- *soit une unité d'obstétrique;*
- *soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie ;*

- soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale. »

L'article D.6124-35 du Code de la santé publique précise également que les maternités françaises doivent pouvoir assurer la prise en charge :

- des consultations prénatales (obstétricales et anesthésiques) à partir du septième mois
- des échographies
- de la préparation à la naissance de toutes les femmes habitant à proximité de la maternité, y compris les femmes présentant un faible niveau de risque.

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) ; **avis A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé ; **avis A2 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire et l'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire ; **Suivi B :** le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique ; **structures adaptées** au risque de la mère et de l'enfant à naître.

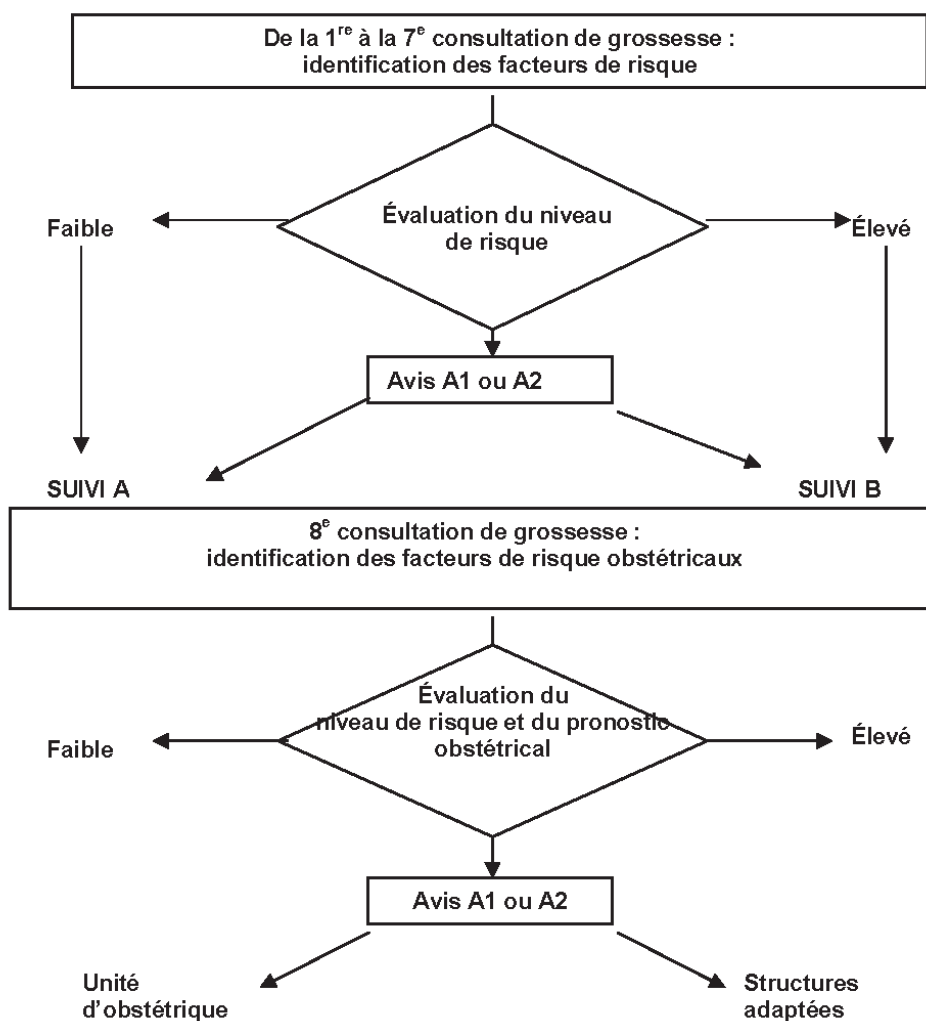


Figure 1: Arbre décisionnel pour l'orientation des grossesses en termes de suivi et de structure, HAS (10)

1.2.1 Les consultations médicales

Sept consultations prénatales sont prévues dans la réglementation actuelle, une par mois à compter du premier jour du quatrième mois de grossesse jusqu'à l'accouchement.

En parallèle à ce suivi médical, huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité doivent être systématiquement proposées à la patiente, la première étant consacrée à l'Entretien Prénatal Précoce (EPP).

1.2.1.1 La première consultation

Les recommandations de l'HAS préconisent que la première consultation ait lieu avant dix semaines d'aménorrhée car elle a pour objectif majeur d'identifier les éventuelles situations à risque, afin d'évaluer le niveau de risque de la patiente et par conséquent, d'identifier le type de suivi prénatal possible et de demander un avis spécialisé si nécessaire. (10)

En appréciant le niveau de risque initial de la grossesse, la première consultation doit se conformer au déroulement décrit dans l'**Annexe III**.

Elle doit permettre de:

- réaliser un examen clinique général et gynécologique
- établir le diagnostic de grossesse et la dater
- rechercher des facteurs de risque ciblés sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)
- proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales
- prévenir les malformations du tube neural jusqu'à huit semaines d'aménorrhée
- donner une information orale sur le suivi général de la grossesse
- débiter l'élaboration d'un projet de naissance avec la femme enceinte ou le couple.

Lors de cette consultation, l'échographie du premier trimestre doit être systématiquement proposée à la patiente. Elle doit être programmée afin de pouvoir être réalisée entre des dates déterminées (à partir de 11 SA et jusqu'à 13 SA + 6 jours).

Ses objectifs principaux sont la datation de la grossesse ; l'identification des grossesses gémellaires et de leur chorionicité ainsi que l'évaluation du risque

d'anomalie chromosomique ou le dépistage de certaines malformations, notamment par la mesure de la clarté nucale. (10)

De plus, la prescription d'un bilan prénatal précoce est vivement recommandée (**Annexe IV**), tout comme la vérification de l'état vaccinal de la patiente (DT-Polio et coqueluche). (8)

A la fin de cette consultation, la date de la deuxième consultation sera fixée et devra avoir lieu après la première échographie mais avant la seizième semaine d'aménorrhée révolue, qui est la date limite pour déclarer la grossesse aux organismes de prestations familiales et d'assurance maladie.

1.2.1.2 La deuxième consultation et les consultations prénatales intermédiaires

La déclaration de grossesse doit être établie lors de la deuxième consultation, avant seize semaines d'aménorrhée révolues.

De plus, de la deuxième à la septième consultation (huitième mois de grossesse), le suivi de grossesse physiologique comprend une consultation médicale par mois avec le professionnel de santé choisi par la femme. (10)

Ces consultations médicales mensuelles ont plusieurs objectifs :

- vérifier la bonne évolutivité de la grossesse sur le plan clinique, biologique et échographique
- s'assurer de la bonne croissance et de la vitalité du fœtus
- rechercher la survenue d'évènements éventuels depuis la dernière consultation qui pourraient influencer sur le bon déroulement de la grossesse et/ou présager des complications
- éviter le risque d'accouchement prématuré
- vérifier l'évolution des pathologies connues si elles existent, en prescrivant des examens complémentaires, des traitements adaptés voire préconiser un suivi en Hôpital De Jour (HDJ) ou une hospitalisation si la pathologie se déséquilibre
- donner des conseils adaptés à la femme pour le bon déroulement de sa grossesse

Le déroulement de la deuxième consultation ainsi que les examens à prescrire lors de cette dernière sont détaillés dans l'**Annexe V**.

En appréciant continuellement le niveau de risque de la grossesse, les consultations prénatales intermédiaires ainsi que les examens prescrits ou proposés lors de ces dernières sont détaillés dans l'**Annexe VI**.

1.2.1.3 La consultation du neuvième mois

Si la grossesse a toujours été considérée à faible niveau de risque au fil des consultations mensuelles, il n'existe pas d'argument qui justifie une consultation supplémentaire ou un enregistrement du rythme cardiaque fœtal entre cette huitième consultation et le terme.

A ce stade, le niveau de risque de la grossesse, déterminant dans le choix du lieu d'accouchement, sera à nouveau apprécié.

Les motifs qui amènent à consulter aux urgences obstétricales seront également rappelés à la femme enceinte lors de cette consultation. (10)

Les objectifs de la consultation du neuvième mois, tout comme les examens complémentaires à prescrire ou à proposer dans ce même temps sont détaillés dans l'**Annexe VII**.

Enfin, dans les huit semaines qui suivent l'accouchement, un examen médical postnatal est très vivement recommandé, permettant de poursuivre les interventions d'aide et de soutien si nécessaire, d'effectuer un examen gynécologique, un entretien de contraception et d'envisager une rééducation périnéale si besoin.

Pris en charge à 100% par l'assurance maternité, il peut être effectué par une sage-femme si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique. (11)

Cependant, les inégalités sociodémographiques liées aux facteurs de risque ne sont pas compensées par le suivi prénatal : en effet, les inégalités sociales et démographiques observées sur différents aspects du suivi de la grossesse sont de même type que celles observées sur les facteurs de risque, prouvant les limites aux objectifs attendus de la surveillance prénatale. (8)

1.3 Les organisations institutionnelles du suivi de grossesse physiologique

Une grande variété d'acteurs intervient dans le dispositif actuel de soins et de prévention pour la mère et l'enfant, en prénatal. (12)

1.3.1 Le suivi de grossesse en libéral

La grossesse peut être suivie en libéral par une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue médical ou un gynécologue-obstétricien selon le choix de la patiente.

Généralement, le professionnel de santé en libéral adresse la patiente pour sa consultation du septième mois à la maternité où cette dernière a choisi d'accoucher. Cela permet d'instaurer une continuité des soins dans le suivi global de la grossesse en créant un dossier de la patiente, afin que celle-ci soit connue de la structure où elle a choisi d'accoucher.

1.3.2 Le suivi de grossesse hospitalier

Certains centres hospitaliers proposent un suivi de grossesse dès le quatrième mois dans l'enceinte même de la maternité ; cela permet à la femme et au couple, s'ils le souhaitent, de réaliser, dès le début de la grossesse, les consultations prénatales, les échographies obstétricales et la préparation à la naissance, dans un seul et même endroit qui sera également celui de l'accouchement.

Cependant, les lieux du suivi de grossesse et de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) peuvent également être différents.

1.3.3 Le suivi de grossesse en PMI ou en centre de santé

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont été créés en 1945 dans un contexte d'amélioration de la situation périnatale et infantile ; ils ont pour mission principale de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant.

S'adaptant aux spécificités sociodémographiques des départements et aux besoins de santé des populations vulnérables, la PMI coopère de façon accrue avec les autres professionnels de santé. Pour le suivi de grossesse, des actions sont menées

en direction des femmes enceintes et des jeunes mères, notamment lors de consultations pré et postnatales et d'actions préventives à domicile. (13)

A compétences départementales, les services de PMI organisent des actions de prévention afin d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse par des sages-femmes, notamment en intégrant la dimension psychosociale dans l'accompagnement des femmes enceintes.

Un travail en réseau avec les maternités, les services de néonatalogie, de pédiatrie et parfois de pédopsychiatrie est donc nécessaire. (14)

Certains centres de santé constituent une véritable offre complémentaire de recours au système de soins classique. Ouverts à tous les publics, ils ne nécessitent pas l'avance des frais, facilitant ainsi l'accès des personnes à faible revenu ; une façon différente d'accès à la prévention et au suivi médical y est proposée.

Une offre de prévention et de soins ambulatoires coordonnés dans un même lieu définit plus particulièrement les centres de santé.

1.3.4 Les réseaux de périnatalité

Afin de permettre une prise en charge sécurisante sur les plans physique, psychique et social des femmes enceintes, des couples et des bébés à venir, deux formes de réseaux en périnatalité ont été créés afin de se compléter et s'articuler :

- les réseaux régionaux (ou réseaux inter-établissements) qui permettent, depuis les décrets de 1998, l'organisation des transferts des femmes enceintes et/ou des nouveau-nés (en favorisant les transferts in utero) entre les maternités de différents types, en fonction des risques maternels ou fœtaux, dans le but d'une prise en charge effective dans le niveau approprié ; présents partout, ils ont pour objectif de favoriser une prise en charge en amont et en aval de la naissance
- les réseaux de santé de proximité, organisant l'accompagnement des patientes et des couples sur un territoire défini géographiquement (pouvant aller d'un département à quelques cantons), autour d'une ou plusieurs structures, avant et après la naissance ; ils s'appuient sur l'organisation inter-établissements et la mise en lien de l'ensemble des professionnels des champs sanitaire, social et psychologique, qu'ils soient libéraux, hospitaliers

ou territoriaux. Un véritable maillage des professionnels au bénéfice des patients sur un même territoire est ainsi créé.

Une meilleure qualité de suivi est donc assurée par le travail en réseau, en lien avec les autres acteurs. Des réponses aux difficultés médicales, mais aussi sociales ou psychologiques de la femme et de son conjoint sont apportées, évitant également des interventions parallèles et non concertées des différents professionnels.

Par conséquent, le travail en réseau permet d'assurer une complémentarité des acteurs et une congruence des discours, nettement demandées par les femmes et les couples. (15)

1.3.5 Organisations institutionnelles en Seine-Saint-Denis

Il existe une véritable désertification médicale en Seine-Saint-Denis : en effet, les densités de professionnels de santé libéraux spécialisés pour la mère et l'enfant y sont particulièrement faibles, notamment chez les médecins généralistes : 500,7 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Seine-Saint-Denis contre 618,5 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Île-de-France et 691,5 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en France métropolitaine.

Une faible densité médicale chez les gynécologues-obstétriciens (gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique) est également observée en Seine-Saint-Denis : 44,5 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans contre 53 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en France métropolitaine et 69 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Île-de-France.

Les sages-femmes n'échappent pas à cette désertification médicale départementale : 82,2 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Seine-Saint-Denis contre 103 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Île-de-France ou 129,7 professionnels libéraux ou salariés pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en France métropolitaine. (12, 16)

La densité de sages-femmes libérales en Seine-Saint-Denis est la plus faible d'Île-de-France. (16)

L'augmentation du nombre annuel de naissances domiciliées en Seine-Saint-Denis est assez importante, passant de 23 000 en 1980 à 28 362 en 2011, progression particulièrement marquée à partir de 1997.

On compte trois maternités de type I, six maternités de type II et deux maternités de type III en Seine-Saint-Denis en 2011. Cependant, en gynécologie-obstétrique, l'offre de soins hospitalière départementale est de 1,17 lit pour 1000 femmes, inférieure à la moyenne régionale (1,38 lit pour 1000 femmes) et nationale (1,43 lit pour 1000 femmes).

De plus, le taux d'équipement en néonatalogie en Seine-Saint-Denis est de 42 lits pour 10 000 naissances, légèrement inférieur aux taux régional (43,7 lits pour 10 000 naissances) et national (44,7 lits pour 10 000 naissances). (12)

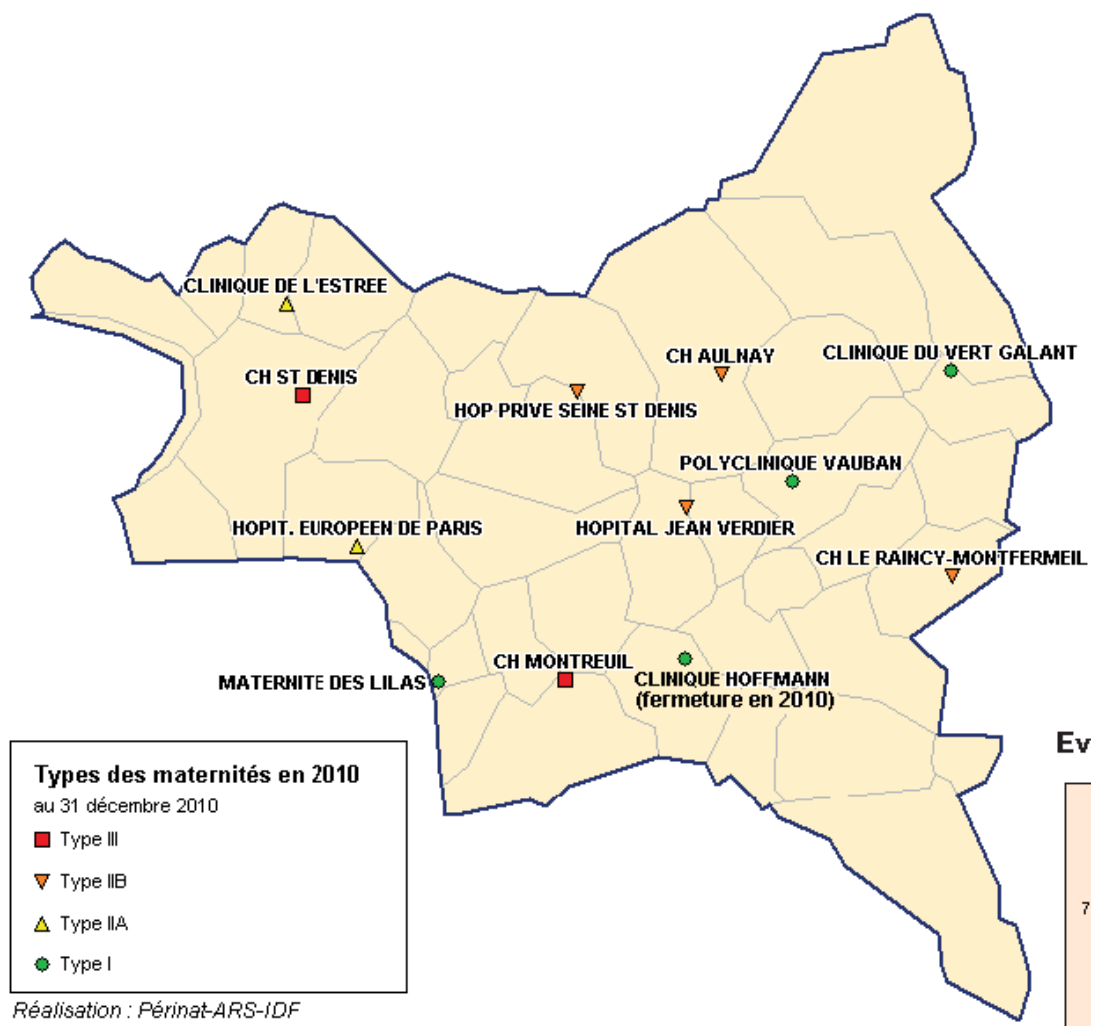
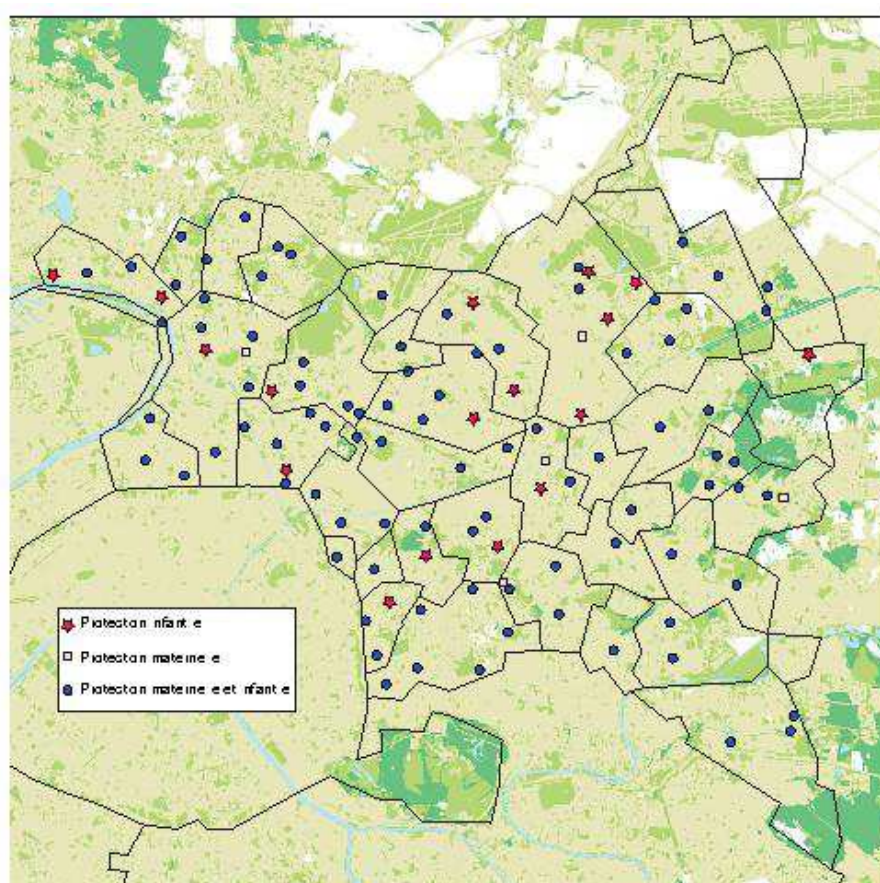


Figure 2: Carte des maternités et services de néonatalogie de Seine-Saint-Denis en 2010, ORS (17)

Les centres de Protection Maternelle et Infantile sont très développées dans le département (160 centres de PMI et/ou de planification familiale recensés en 2008 en Seine-Saint-Denis), facilitant ainsi les consultations prénatales et les suivis à domicile des populations les plus précarisées.

Ne compensant pas le déficit en effectifs de l'offre libérale, le maillage important des centres de PMI permet cependant un suivi médico-psycho-social de la mère et de l'enfant à naître : en 2011, 12,5% des femmes résidant en Seine-Saint-Denis ont été vues à domicile par une sage-femme de PMI ; cependant, ce pourcentage est légèrement en baisse depuis 2003 (15%) tandis que la démographie médicale en pédiatres et gynécologues est très insuffisante au niveau départemental. (12,13)

Les densités de ces professionnels exerçant dans les PMI (médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices pour 100 000 femmes enceintes ou 100 000 naissances) sont très supérieures aux densités régionale et nationale. (12)



Sources : Service de PMI - Conseil général de Seine-Saint-Denis - Exploitation ORS

Figure 3: Implantation des centres de PMI en Seine-Saint-Denis, ORS (13)

Selon l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique, les centres de santé sont *« des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code »*.

Concernant ces derniers, l'offre de Seine-Saint-Denis est équivalente à celle de Paris compte tenu de la population, avec soixante-sept centres de santé, qui place le département comme le mieux pourvu de la région avec Paris.

Répartis sur l'ensemble du territoire de Seine-Saint-Denis, les centres de santé constituent une véritable offre complémentaire de soins libérale et hospitalière. (13)

II. La déclaration tardive de grossesse en France

Une étude a été réalisée à partir de l'ENP de 2010, consistant à analyser la surveillance prénatale (en termes d'organisation et de contenu) et le niveau d'information des femmes enquêtées sur la réalisation et les objectifs des différents examens.

Cette étude confirme, comme sa précédente en 2003, que certains déterminants sociaux et personnels ; notamment le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, la situation sur le marché du travail, la perception de minima sociaux, le revenu, les âges limites, l'absence de vie en couple, le rang élevé de la grossesse, la nationalité étrangère ; jouent un rôle dans les disparités de suivi de grossesse, et notamment dans la déclaration de grossesse tardive. (8)

2.1 Epidémiologie générale

Pour la première fois depuis 1995, l'ENP réalisée en 2010 a observé une augmentation significative du pourcentage de femmes ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre de cette dernière, c'est-à-dire au-delà du délai fixé par la réglementation. Ce pourcentage est passé de 4,9% à 7,8% entre 2003 et 2010, ce qui peut donc entraîner pour certaines femmes un retard du début de la surveillance prénatale. (8,9)

Cette augmentation avait déjà été constatée entre les deux ENP de 1998 et 2003, puisqu'en 1998, le pourcentage de femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse était de 4,4%. En revanche, on peut constater entre les enquêtes de 2003 et 2010 une accélération de cette augmentation.

Il est à noter que 0,5% des femmes n'ont pas fait de déclaration de grossesse ; ce pourcentage reste stable depuis 1998. (9)

Au niveau du terme au moment de la déclaration de grossesse, l'ENP de 2003 montre que 4% des femmes interrogées ont déclaré leur grossesse au deuxième trimestre, et seulement 1% au troisième trimestre. (3) Ces chiffres ont augmenté en sept ans : en 2010, 9,2% des déclarations de grossesse ont été réalisées au deuxième trimestre et 1,4% lors du troisième trimestre. (18)

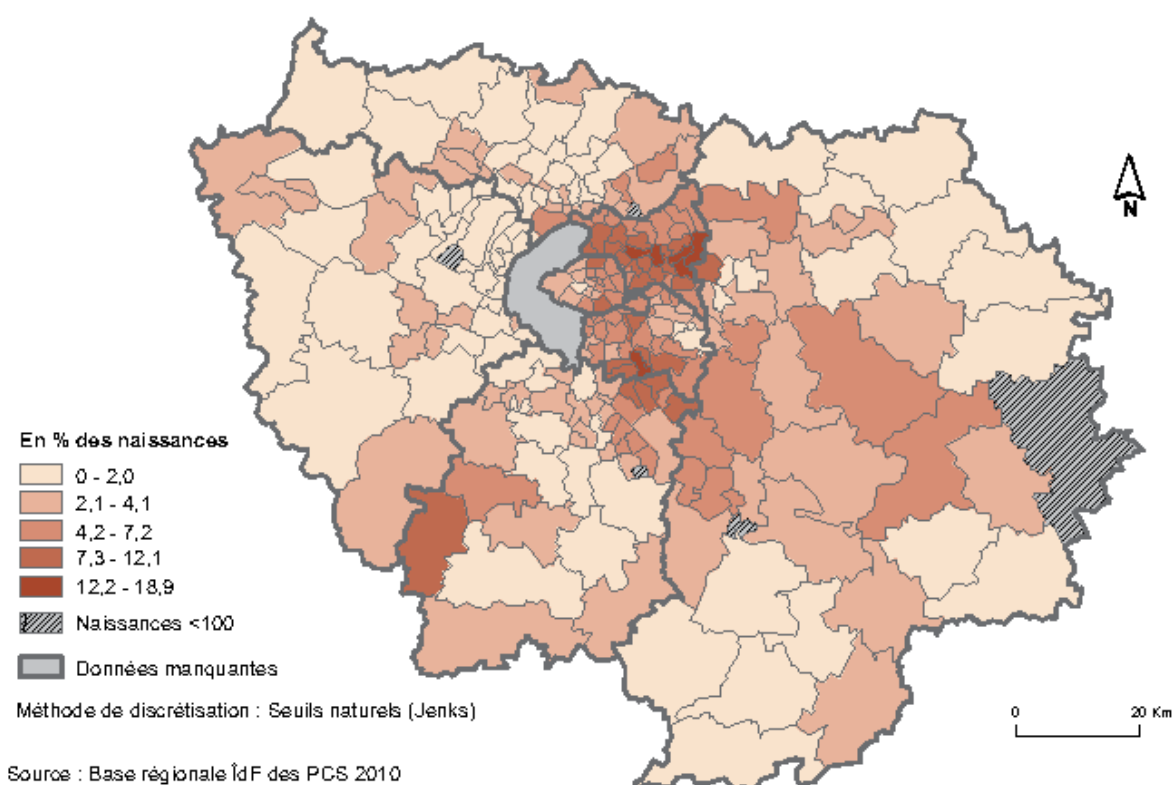


Figure 4: Déclaration de grossesse au delà du premier trimestre par cantons franciliens en 2010, PCS (18)

Dans l'étude réalisée en Guyane française en 2010, les sages-femmes sont, parmi les professionnels de santé déclarant les grossesses, celles qui assurent proportionnellement le plus de déclarations de grossesse tardives (41,5% de leurs déclarations totales). (19)

Tableau 1: Déclaration de grossesse et trimestre de déclaration (ENP 2010, tableau 14) (9)

	2003		N	2010	
	%	p		%	IC à 95%
Déclaration de grossesse					
oui	99,5	NS	14 153	99,5	99,4 – 99,6
non	0,5		68	0,5	0,4 – 0,6
	(13 826)		(14 221)		
Trimestre de déclaration					
1 ^{er} trimestre	95,1	<0,001	12 703	92,2	91,8 – 92,6
2 ^{ème} trimestre	4,3		908	6,6	6,2 – 7,0
3 ^{ème} trimestre	0,6		164	1,2	1,0 – 1,4
	(13 459)		(13 775)		

2.2 Facteurs liés à la déclaration tardive de grossesse

Selon l'étude réalisée à partir de l'ENP de 2010, la déclaration tardive est corrélée à certains facteurs (**Annexe VIII**) :

- l'âge (inférieur à 25 ans ou supérieur à 40 ans)
- l'absence de vie en couple
- l'absence d'emploi et le revenu faible (moins de 1000€ par unité de consommation)
- la nationalité étrangère
- l'absence de mutuelle et le fait de bénéficier de dispositifs d'aide : Couverture Maladie Universelle (CMU) ou Universelle Complémentaire (CMU-C), ainsi que l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- la gestité (quatre grossesses ou plus)

Intéressons-nous à chacun de ces facteurs. (8)

2.2.1 L'âge (inférieur à 25 ans ou supérieur à 40 ans)

Chez les très jeunes filles et les jeunes femmes, un nombre plus élevé de déclarations tardives de grossesse peut être observé.

Selon le chercheur A. Khashan, pour les adolescentes, cela réside dans le fait qu'elles ont majoritairement découvert leur grossesse tardivement et n'ont donc pas pu effectuer les examens prénataux nécessaires au bon déroulement de la grossesse, notamment la déclaration de grossesse dans les délais légaux. (20)

En 2010, 17,1% des mères mineures ont déclaré leur grossesse au deuxième trimestre et 10,8% au troisième trimestre, alors qu'elles ne sont respectivement que 3,6% et 0,9% à l'avoir fait dans le groupe des mères majeures. (18)

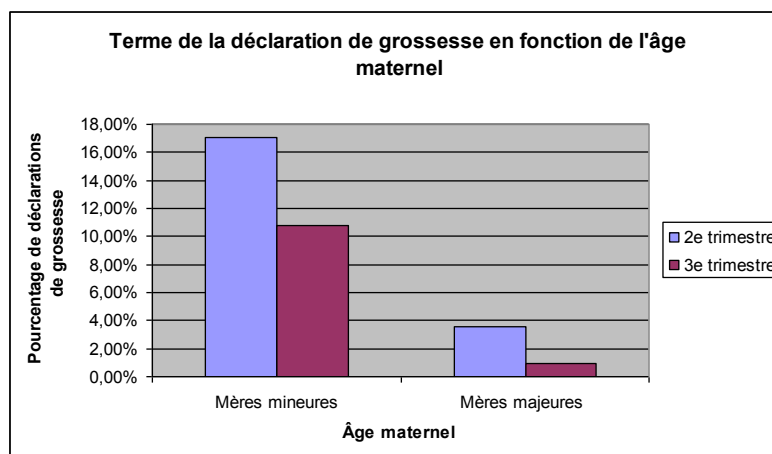


Figure 5: Terme de la déclaration de grossesse et âge maternel, Premiers certificats de santé ORS (18)

Dans l'enquête réalisée en 2010 en Guyane française, 59% des grossesses chez les mineures sont déclarées tardivement. (19)

L'ENP de 2010 montre que 27,4% des femmes de moins de vingt ans n'ont pas déclaré leur grossesse au premier trimestre, ainsi que 12,3% des femmes de vingt à vingt-quatre ans.

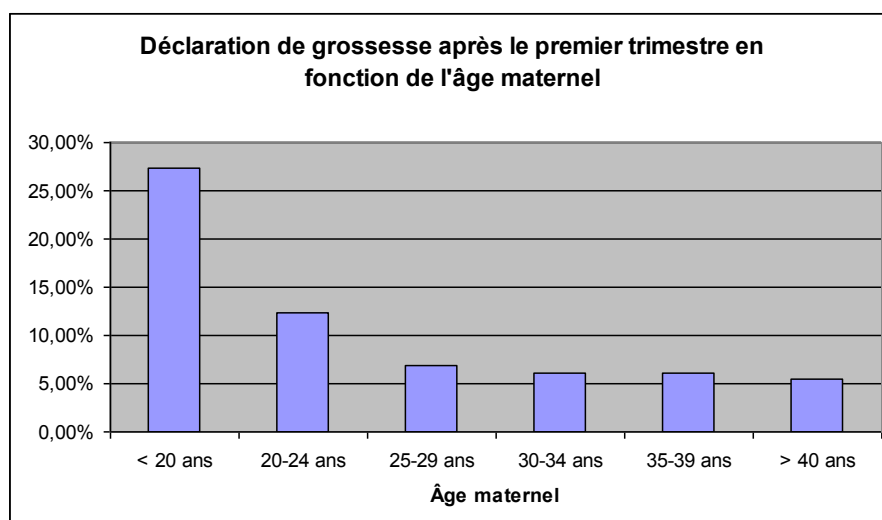


Figure 6: Déclaration de grossesse après le premier trimestre et âge maternel, ENP 2010 (9)

Ainsi, la probabilité des femmes de moins de 20 ans d'avoir déclaré leur grossesse tardivement est 2,6 fois plus élevée que pour les femmes du groupe 30-34 ans ; de plus, les femmes âgées de 20 à 24 ans ont une probabilité d'effectuer une déclaration de grossesse tardive 1,6 fois plus élevée que le groupe de référence. (8)

Chez les femmes âgées de plus de quarante ans, un nombre important de déclarations tardives de grossesses, également dû à des découvertes de grossesse tardives est retrouvé.

Plus la femme est âgée, plus sa gestité peut être importante (quatre grossesses ou plus). Celle-ci pouvant également être un facteur de déclaration tardive de grossesse, elle renforce le lien entre déclarations tardives de grossesse et âge supérieur à quarante ans.

En 2010, 5,5% des femmes âgées de 40 ans et plus ont déclaré leur grossesse tardivement ; la probabilité que ces femmes déclarent leur grossesse de façon tardive est 1,5 fois plus élevée par rapport aux femmes âgées de 30 à 34 ans. (8)

2.2.2 L'absence de vie en couple

Dans l'étude réalisée à partir de l'ENP de 2003, vivre seule est corrélé au fait de déclarer sa grossesse tardivement. La part de femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse est quatre fois plus élevée chez les femmes qui vivent seules, par rapport aux femmes qui vivent en couple. (3)

L'ENP de 2010 confirme cette tendance : 25,9% des femmes qui ne vivent pas en couple ont déclaré leur grossesse tardivement alors qu'elles ne sont que 6% chez les femmes ayant une vie de couple ; la probabilité de déclarer sa grossesse de façon tardive lorsqu'une femme est seule est 2,4 fois plus élevée que chez les femmes en couple. (8)

2.2.3 L'absence d'emploi, le revenu faible et le fait de bénéficier d'aides publiques (allocation chômage, RSA, API)

Il existe un impact du facteur « activité professionnelle » sur le suivi de grossesse, et notamment sur la déclaration de grossesse.

Selon les résultats de l'ENP de 2010, les étudiantes ou les femmes au foyer déclarent plus tardivement leurs grossesses (15%) que celles qui ont un emploi (4%). Chez les femmes au chômage ou inactives, 8,5% ont déclaré leur grossesse au deuxième ou au troisième trimestre, contre 2,5% chez les femmes actives (ayant un emploi). (3)

En 2010, 10,2% des femmes au chômage ont déclaré leur grossesse tardivement. (8) La probabilité de déclarer sa grossesse tardivement lorsqu'on est femme au foyer ou étudiante est 1,6 fois plus élevée que pour une femme ayant un emploi ; cette probabilité est 1,3 fois plus élevée pour les femmes au chômage par rapport aux femmes qui ont un emploi.

Dans l'enquête réalisée en Guyane française en 2010, les femmes sans emploi sont concernées presque cinq fois plus par des déclarations tardives de grossesse, par rapport aux femmes ayant déclaré un travail. (19)

De plus, une différence significative sur le nombre de visites prénatales en fonction de la source des revenus a été observée: 7% des femmes qui ont des revenus du travail ont bénéficié de moins de sept consultations prénatales lors de leur suivi de

grossesse contre 20,2% de femmes dont les revenus proviennent d'autres ressources ou qui n'ont aucune ressource. (8,9)

Tableau 2: Surveillance prénatale selon les ressources du ménage, ENP 2010 (9)

	Revenus du travail ⁽²⁾	Autres ressources ou aucune	p
	%	%	
Nombre de visites prénatales			
< 7	7,0	20,2	<0,001
7-8	29,2	29,7	
> 8	63,8	50,1	
	(12 318)	(1 241)	

Dans l'ENP de 2010, comme dans celle de 2003, on constate que le pourcentage de déclarations tardives est plus important chez les femmes bénéficiant d'aides publiques (allocation chômage, Revenu de Solidarité Active (RSA) ou Allocation Parent Isolé (API)) que chez les femmes dont les ressources proviennent uniquement d'une activité professionnelle.

La dégradation de la situation sociale pour certaines femmes pourrait en partie expliquer l'augmentation de ces déclarations tardives. (9)

2.2.4 La nationalité étrangère

L'étude effectuée à partir des résultats de l'ENP de 2003 a permis de mettre en évidence que les femmes ayant déclaré leur grossesse au-delà du délai réglementaire ont, d'une manière significative, plus souvent une nationalité étrangère. Ainsi, 10% des femmes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique du Nord et 21 % des femmes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne ont déclaré tardivement leur grossesse, contre 4% des femmes ayant la nationalité française. (3)

La force des associations entre la nationalité étrangère et les indicateurs de périnatalité dépend de l'appartenance ethnique maternelle, du pays d'origine et du lieu d'immigration. (21)

De plus, la santé des femmes de pays en développement est souvent améliorée lorsqu'elles émigrent dans des pays où l'on peut accompagner leur santé reproductive et sexuelle ainsi que leur fertilité. (22)

Les chiffres de l'enquête de 2010 confirment ces données : 13,8% des femmes de nationalité européenne (hormis nationalité française), 18,1% des femmes de nationalité d'Afrique du Nord et 25,3% des femmes ayant la nationalité d'autres pays d'Afrique ont déclaré tardivement leur grossesse, contre 6,3% des femmes de nationalité française. La probabilité que ces femmes de nationalité étrangère déclarent leur grossesse de façon tardive est respectivement 1,6 ; 2 et 1,9 fois plus élevée que les femmes de nationalité française. (8)

De plus, l'étude réalisée en Guyane française en 2010 a montré que les femmes d'origine étrangère ont en moyenne déclaré leur grossesse plus tardivement que les femmes nées en métropole ou dans les Départements d'Outre-Mer (DOM). (19)

2.2.5 L'absence de mutuelle et le fait de bénéficier de dispositifs d'aide (CMU, AME)

L'ENP de 2010 rapporte qu'un pour cent de la population n'a pas de couverture sociale en début de grossesse. De plus, 4,4% de la population n'a pas pu pratiquer des examens ou se rendre à des consultations pour des raisons financières. (9)

Tableau 3 : Couverture sociale en début de grossesse et examens ou consultations non pratiqués pour raison financière, ENP 2010 (9)

Couverture sociale en début de grossesse			
oui	97,3	<0,001	13 748
<i>couv. soc. avec mutuelle</i>	-		11 325
<i>couv. soc. sans mutuelle</i>	-		625
<i>CMU ou AME</i>	-		1 798
non	2,7		140
	(13 708)		(13 888)
Consultations ou examens non faits pour raison financière ⁽⁴⁾			
oui	2,3	<0,001	611
non	97,7		13 231
	(13 734)		(13 842)

(1) ressources du couple ou de la femme si elle vivait seule

(2) si plusieurs sources de revenu, classement suivant l'ordre présenté ici ; test statistique réalisé en regroupant les allocations chômage, l'API, le RMI et le RSA

(3) à l'exclusion des allocations familiales, jeune enfant et logement

(4) en 2010, la question comprend les soins dentaires

39% des femmes sans couverture sociale ont déclaré leur grossesse hors des délais légaux. Cette situation se retrouve également chez 20% des femmes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME et chez 19% des femmes avec une couverture sociale mais sans mutuelle alors que seul 5% des femmes avec couverture sociale et mutuelle déclarent leur grossesse de façon tardive.

Par rapport aux femmes ayant une couverture sociale et une mutuelle, la probabilité de déclarer sa grossesse après 17 SA est 4,6 fois plus élevée chez les femmes sans couverture sociale, 2,4 fois plus élevée chez les femmes ayant une couverture sociale sans mutuelle et 1,6 fois plus élevée chez les femmes bénéficiant de dispositifs d'aide (CMU, AME). (8)

La couverture sociale est donc un facteur à prendre en compte dans la déclaration tardive de grossesse.

2.2.6 La gestité supérieure ou égale à quatre

Les résultats de l'enquête de 2010 montrent que 10,8% des femmes déclarent leur grossesse hors des délais légaux lorsqu'il s'agit d'une quatrième grossesse ou plus alors qu'elles ne sont que 7,4% dans ce cas-là lors d'une première grossesse. (8)

Dans une étude effectuée dans le département du Doubs en 2012, 12,1% des femmes multigestes (trois grossesses ou plus) ont déclaré leur nouvelle grossesse hors des délais légaux. (4)

La probabilité de déclarer sa grossesse tardivement lorsque le rang de grossesse est supérieur à quatre ou plus est 1,3 fois plus élevée par rapport aux femmes primigestes. (8)

2.2.7 Les autres facteurs

• Le suivi échographique :

Au niveau du suivi échographique, déclarer tardivement sa grossesse reste assez logiquement un signe d'alerte : 8% des femmes ayant déclaré leur grossesse après dix-sept semaines d'aménorrhée ont bénéficié de moins de trois échographies, contre moins de 1% pour les femmes ayant déclaré dans les délais. (8)

- **Le ressenti psychologique :**

Par rapport au ressenti psychologique de la grossesse, 19% des femmes ayant déclaré leur grossesse au troisième trimestre et 16% de celles qui l'ont déclaré au deuxième trimestre expriment un vécu négatif de la grossesse, contre 8% des femmes l'ayant déclaré dans les délais légaux.

La probabilité de s'être sentie mal ou très mal durant la grossesse est 1,5 fois plus importante lorsque la femme a déclaré sa grossesse au deuxième trimestre et 2,2 fois plus importante lorsque cette dernière a été déclarée au troisième trimestre. (3)

- **Les déterminants socio-économiques collectifs (distance d'accès au professionnel de santé) :**

Il existe une démographie médicale en baisse en France : une diminution de 13% du nombre de gynécologues-obstétriciens est observée depuis 1992 ; de plus, 55% des gynécologues-obstétriciens en activité ont plus de cinquante-cinq ans en 2009.

Cela crée un facteur de plus à prendre en compte dans l'explication à la déclaration tardive de grossesse : le fait d'habiter en milieu rural ou au contraire, en milieu urbain.

Dans l'étude effectuée dans le Doubs en 2012, la probabilité de déclarer sa grossesse tardivement lorsque la distance d'accès au gynécologue est supérieure à cinq kilomètres est 1,78 fois plus importante par rapport aux femmes dont le gynécologue se trouve à moins de cinq kilomètres de leur domicile. (4)

La distance au gynécologue est donc un marqueur d'offre de soins, spécifiquement dans le suivi de la femme et de la grossesse en particulier. (4)

- **« La précarité » :**

Il est très difficile de caractériser la précarité dans le domaine de la périnatalité car il existe une absence de consensus sur la définition de cette dernière.

Ce sont généralement des groupes ciblés : femmes immigrées, seules, peu ou pas suivies pendant leur grossesse, sans couverture sociale ou présentant des facteurs de risque particuliers (inégalité d'accès aux soins). (23)

Nous considérerons dans ce mémoire la précarité comme elle est définie par la MIPES (Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Île-de-France).

Les indicateurs de précarité retenus sont les suivants :

- l'accès au logement (bénéficiaires d'aide au logement, de logements sociaux, de logements gratuits, de logements en foyer, expulsions)
- le surendettement des ménages
- la scolarisation
- l'accès à l'emploi
- les allocataires et bénéficiaires des minima sociaux (allocation adulte handicapé, allocation parent isolé, allocation de solidarité spécifique, revenu minimal d'insertion, allocation supplémentaire invalidité, allocation d'assurance veuvage)
- l'accès au système de santé (CMU, AME)

Il existe des caractéristiques communes entre les femmes en situation de précarité et les facteurs retrouvés chez les femmes déclarant leur grossesse hors des délais légaux.

Dans le groupe des mères en situation de précarité, sont retrouvés:

- une surreprésentation de femmes étrangères, notamment de nationalité africaine
- une majorité de femmes mineures : 84,1% des mères de moins de dix-huit ans sont dans ce groupe
- des mères isolées, sans conjoint déclaré : 50% des mères qui vivent seules sont dans ce groupe
- un faible niveau de scolarisation
- un nombre significativement plus important de mères de plus de trois enfants dans ce groupe

Le jeune âge maternel comme facteur de risque de précarité n'est pertinent qu'associé à d'autres facteurs, type déficience de l'entourage familial ou social. (23)

Dans l'étude réalisée dans le Doubs en 2012, les femmes ont été séparées en deux groupes : précaire et non-précaire, sans qu'une définition de la précarité ne soit précisée. (4)

Chez les femmes non précaires ayant déclaré tardivement leur grossesse, environ 30% des déclarations de grossesse ont été effectuées par un médecin généraliste, 27% par un gynécologue, 25% par l'hôpital et 3% par une sage-femme libérale.

Chez les femmes précaires ayant déclaré tardivement leur grossesse, c'est majoritairement l'hôpital qui a effectué la déclaration de grossesse (47%), puis un médecin généraliste (18%) et enfin un gynécologue (11%) ou une sage-femme libérale (2%).

L'hôpital et le médecin généraliste ont donc un rôle renforcé en cas de retard. Leurs disponibilité et facilité d'accès conditionnant la rapidité de la prise en charge, leur proximité et la dispense d'avance des frais pour le système hospitalier les placent comme de véritables professionnels de santé « du rattrapage ». (4)

Il existe plusieurs déterminants socio-économiques individuels et collectifs amenant à un retard de déclaration de la grossesse. (4)

L'influence d'un gradient social dans les différentes dimensions du suivi prénatal des mères, notamment au niveau de la déclaration de grossesse, a été observée. (8)

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont été créés par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Au sein de ces PRAPS existent des cellules de prise en charge médico-sociale dans les hôpitaux publics : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Elles ont pour objectif principal de faciliter l'accès des personnes en situation précaire au système hospitalier, ainsi qu'aux réseaux de soins et d'accompagnement social. Les PASS sont donc destinées à l'accueil des personnes en grande précarité, démunies socialement, psychologiquement voire même sans résidence stable.

Afin de leur faire accéder de façon prioritaire au système médico-social, des PASS périnatales et pédiatriques sont mises en place au sein des structures publiques hospitalières. (24)

La déclaration tardive de grossesse s'explique probablement principalement par un premier accès très tardif au système de soins et peut donc renvoyer à des situations de précarité ou de fragilité. (3,8)

2.3 Déclaration tardive de grossesse et suivi de grossesse sporadique : deux notions différentes

D'après une étude menée en Guyane en 2010, plusieurs explications à un défaut de suivi de grossesse peuvent être avancées :

- consultations prénatales irrégulières et/ou espacées
- entrée tardive de la patiente dans le circuit de santé, avec ensuite un suivi assez régulier

A l'exception des femmes ayant éventuellement débuté un suivi de grossesse à l'étranger, les femmes ayant déclaré leur grossesse de façon tardive, a fortiori au-delà de quatre mois, rentrent plus dans le profil d'un début de surveillance de grossesse tardif, et non pas forcément d'un suivi de grossesse irrégulier. (19)

Cela renforce l'hypothèse selon laquelle un suivi insuffisant de grossesse (moins de sept consultations prénatales) est potentiellement lié à une entrée tardive dans le circuit de soin. (19)

2.3.1 Consultations prénatales

Dans l'étude menée à partir de l'ENP de 2010, un certain nombre de disparités par rapport au suivi de grossesse peuvent être relevées :

8,5% des femmes ont bénéficié de moins de sept consultations prénatales (nombre fixé par la réglementation) alors que le nombre moyen de visites prénatales réalisées est passé de 8,9 à 9,9 entre 2003 et 2010 pour l'ensemble des femmes ayant mené une grossesse à terme ; cependant, il n'a pas été possible de déterminer dans quelle mesure l'inclusion des consultations en urgence ou pour un problème particulier dans l'enquête de 2010 aurait pu expliquer cette augmentation.

Parmi les femmes qui auraient pu bénéficier d'un suivi de grossesse complet (déclaration de grossesse au premier trimestre et accouchement à terme), 5,6% ont eu moins de sept consultations prénatales en 2010 (5,8% en 2003).

Certains facteurs renforcent cette disparité :

- la nationalité : 5% de femmes de nationalité française ont eu moins de sept consultations prénatales lors de leur grossesse, contre 11% de femmes de nationalité étrangère (dont 13% de femmes originaires d'Afrique subsaharienne)
- le niveau d'études : parmi les femmes ayant accouché à terme sans facteur de risque ajouté d'un suivi de grossesse irrégulier, 5% de femmes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat ont bénéficié de moins de sept consultations prénatales lors de la grossesse contre 17% de femmes avec un niveau primaire

Une analyse multivariée effectuée sur ce groupe a mis en évidence l'existence d'autres facteurs liés à un suivi de grossesse sporadique (moins de sept consultations prénatales) :

- absence d'activité professionnelle (dont femme au foyer ou étudiante)
- parité élevée (attente d'un quatrième enfant ou plus)
- faible revenu

Dans les résultats publiés par la DREES en 2013, il n'a pas été observé d'écart significatif concernant l'âge, la profession et le fait de vivre en couple (absence d'isolement familial).

En étudiant les groupes d'âges, une amélioration de la situation concernant le suivi de grossesse chez les femmes de moins de vingt ans a même été observée. (8)

2.3.2 Suivi échographique

Le pourcentage de femmes ayant eu moins de trois échographies a diminué en 2010, passant de 2,3% en métropole en 2003 à 1,5% en 2010.

Cette même étude de la DREES présente une analyse multivariée effectuée sur le groupe de femmes qui auraient pu bénéficier d'un suivi de grossesse complet et qui ont eu moins de sept consultations prénatales. Elle montre, comme en 2003, que plusieurs facteurs conditionnent la réalisation des trois échographies (seule la dernière étant remboursée à 100% par l'assurance maladie) : l'âge, le fait de vivre en couple, le revenu, le rang de la grossesse et le niveau d'études. (8)

2.3.3 Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)

Cette étude montre également, qu'au niveau du suivi de la PNP, il existe des différences selon la catégorie sociale de la femme :

- chez les femmes primipares, 92% de cadres ont suivi une préparation contre 58% d'ouvrières qualifiées et 40% de femmes sans profession
- dans le groupe de femmes ayant suivi une préparation, les catégories plus aisées ont pu bénéficier d'un nombre de séances plus élevé (6,2 séances de PNP pour les cadres, 5,6 séances de PNP pour les ouvrières et 4,8 séances de PNP chez les femmes sans profession)

L'analyse multivariée étant en cohérence avec les résultats précédents par rapport à la catégorie sociale, celle-ci a confirmé une augmentation de la proportion de primipares ayant bénéficié d'une préparation à la naissance en fonction du niveau scolaire et du niveau de revenu. Cette proportion diminue lorsque la femme est très jeune, vit seule, n'est pas née en France ou ne bénéficie pas d'une couverture sociale en début de grossesse. (8)

2.3.4 Situation de précarité et suivi de grossesse

Concernant le suivi de grossesse, la fréquence des « suivis insuffisants » est significativement plus importante dans le groupe des mères en situation de précarité (11,6%). (23)

Il a été montré en France que les femmes dans les situations les plus défavorisées ont un risque plus important d'avoir leur première visite prénatale à un terme avancé. (25)

Cependant, la proportion de mères du groupe de précarité qui consultent avant la vingtième semaine dans les maternités de Toulouse est significativement importante (43,9% vs 37,7% ; $p < 0,001$). (23)

Lors de l'étude prospective menée par les assistantes sociales des maternités toulousaines, une fréquence plus élevée des suivis irréguliers ou tardifs de grossesse par rapport à l'étude rétrospective (29,3% vs 11,6%) a été observée.

Majoritairement, ce sont des difficultés économiques liées à l'emploi et aux ressources qui entraînent le suivi insuffisant de grossesse dans le groupe des mères en situation de précarité. (23)

Une étude portant sur les caractéristiques sociodémographiques des mères en situation de précarité publiée en 2005 propose qu'il existe différents profils typologiques de précarité entravant le suivi médical :

Certaines femmes d'origine africaine peuvent présenter une précarité de type conjoncturelle, liée à une immigration très récente.

L'irrégularité du suivi médical de la grossesse liée à leur statut administratif et la régularisation de la couverture sociale par l'AME semblerait faire de ces mères de grandes consommatrices de soins. De plus, un déficit de prise en charge dans leur pays d'origine, ajouté à leur culture centrée sur la maternité amèneraient ces femmes à revendiquer comme principal acquis de leur immigration l'accès aux soins pour la protection de leur enfant.

Cette précarité serait donc liée à des difficultés d'accès aux soins.

D'autres femmes d'origine française sembleraient plutôt présenter une précarité liée avant tout à des difficultés d'ordre psycho-social, des problèmes liés à l'exclusion ou à l'isolement social, à des pratiques addictives et/ou à des troubles psychologiques du comportement.

L'éloignement des maternités par ces femmes elles-mêmes serait responsable du mauvais suivi de grossesse

Cette précarité serait plutôt associée à une indifférence ou un refus des soins.

De plus, l'existence de difficultés à se rendre à la maternité du fait de l'éloignement de leur domicile et des frais de déplacement à engager (véritables difficultés matérielles) empêchent un suivi régulier de la grossesse.

Dans ce groupe de femmes en situation de précarité, le retard dans la prise en charge médicale de la grossesse est souvent dû à des difficultés d'accès aux soins liées à un défaut de couverture médicale pour raisons administratives en cours de régularisation (irrégularité du séjour dans 4% des cas), à une antériorité de la grossesse à l'immigration (2,7%) ou à des problèmes psychologiques et sociaux graves d'errance, de réticence ou de désintérêt pour la grossesse (8,1%).

De plus, la possible barrière de langue, les problèmes d'insertion et la méconnaissance des us et pratiques du pays dans lequel elles arrivent sont des

facteurs supplémentaires d'une difficulté d'accès aux soins chez les femmes immigrées.

Cependant, en fonction des profils typologiques de la précarité, les conséquences sont très différentes pour l'enfant et la famille. (23)

Globalement, il existe des corrélations entre le niveau du suivi de grossesse des femmes (date de la déclaration de grossesse ; nombre de consultations prénatales, d'échographies et de séances de préparation à la naissance) et certaines caractéristiques sociales générales comme le niveau d'études ou le fait d'être femme au foyer.

D'autres caractéristiques sociales interviennent dans une moindre mesure et pas pour toutes les composantes du suivi. Par exemple, la nationalité ou la vie en couple sont particulièrement corrélées au trimestre de la déclaration de grossesse, au nombre d'échographies et de séances de préparation à la naissance mais pas au nombre de consultations prénatales. Enfin, le facteur « profession » semble surtout corrélé au nombre d'échographies et de séances de préparation à la naissance, en rapport avec la couverture maladie.

Les caractéristiques sociales et professionnelles influent donc sur le suivi de grossesse.

III. La déclaration tardive de grossesse en Seine-Saint-Denis

3.1 Epidémiologie générale

La Seine-Saint-Denis est fortement urbanisée avec une densité de population de 6472 habitants au kilomètre carré (moyenne régionale à 982 habitants/km², moyenne nationale à 119 habitants/km²).

Par rapport aux autres départements franciliens, une faible proportion de cadres résident dans le département. De plus, le département se caractérise par un faible revenu moyen annuel par foyer fiscal (20 909€ en Seine-Saint-Denis contre 23 004€ en France et 28 559€ en Île-de-France).

Dans le classement des départements français ayant le niveau de vie le plus élevé de France métropolitaine, tous les départements franciliens sont classés dans les dix premiers, à l'exception de la Seine-Saint-Denis, en dernière position pour la médiane. (26)

11,6% des actifs du département sont au chômage au deuxième trimestre de 2011 alors que le chômage atteint 8,1% de la population régionale et 9,1% en métropole au même moment.

Le taux de chômage était à peu près équivalent entre la Seine-Saint-Denis et la France métropolitaine jusqu'au début des années 1990 mais il a ensuite progressé de manière importante au niveau du département, se situant depuis à un niveau sensiblement supérieur à la moyenne nationale. (26)

Selon la CAF d'Île-de-France, près de la moitié des allocataires bénéficiaires du RSA résident en Seine-Saint-Denis ou à Paris en 2009.

Les habitants de Seine-Saint-Denis sont parmi les moins aisés de France, avec une proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté très élevée et une forte concentration de populations très pauvres. (26)

Une forte croissance de la population en Seine-Saint-Denis a été observée entre 1999 et 2010, avec une variation annuelle de +0,9% contre +0,6% en France métropolitaine ; ainsi qu'un niveau de fécondité (nombre de naissances pour mille femmes de quinze à quarante-neuf ans) élevé.

La population départementale est relativement jeune, avec 22,3% de la population âgée de moins de quinze ans en 2010 (19,6% au niveau régional et 18,5% en France métropolitaine). (27)

Une forte proportion de familles monoparentales, notamment de femmes seules avec enfants est retrouvée en Seine-Saint-Denis : elles sont 10,2% au niveau départemental, contre 8,6% en Île-de-France et 7,9% en France métropolitaine.

Il existe également une surreprésentation de familles composées de trois enfants ou plus alors que les familles sans enfant sont peu représentées au niveau départemental (35,8% contre 47,7% au niveau national). (27)

21% de la population de Seine-Saint-Denis est de nationalité étrangère, proportion largement supérieure par rapport à celle d'Île-de-France (12,5%) ou de France métropolitaine (5,9%) en 2009. Les populations étrangères les plus représentées sont les personnes de nationalité algérienne (17% du total), tunisienne et portugaise. 21,7% des étrangers vivants dans le département sont représentés par des ressortissants de l'Union européenne, proportion largement inférieure à celle régionale (32%) et métropolitaine (40,7%). (27)

Concernant le suivi de grossesse au niveau départemental, il existe une proportion importante de Séquano-Dionysiennes (habitantes de Seine-Saint-Denis) consultant tardivement.

En effet, 91,7% des premières consultations prénatales ont lieu lors du premier trimestre, contre 95,2% au niveau régional et 96,8% au niveau national.

Inversement, le département a la part la plus élevée des premières consultations tardives par rapport aux autres départements franciliens avec 6,8% de premières consultations au deuxième trimestre et 1,5% au troisième trimestre. (17)

Tableau 4: Moment de la première consultation en 2009 (%), ORS (17)

	Trimestre de la 1 ^{ère} consultation		
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
Seine-Saint-Denis.	91,7	6,8	1,5
Paris	94,2	4,5	1,3
Seine-et-Marne	96,9	2,3	0,8
Yvelines	98,3	1,3	0,4
Essonne	95,2	3,6	1,2
Hauts-de-Seine	96,2	3,0	0,8
Val-de-Marne	93,7	5,1	1,2
Val d'Oise	97,2	2,2	0,6
Île-de-France	95,2	3,8	1,0
France	96,8	2,4	0,8

Source : Certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour, base nationale Drees exploitation ORS Île-de-France

Au niveau de la déclaration tardive de grossesse, le département de Seine-Saint-Denis a le taux le plus élevé de grossesses déclarées hors des délais légaux, par rapport aux autres départements d'Île-de-France : 8,8% de déclarations de grossesse tardives (4,7% au niveau régional), dont 6,9% au deuxième trimestre (3,7% au niveau régional) et 1,9% au troisième trimestre (1% au niveau régional). (18)

Tableau 5: Trimestre de la déclaration de grossesse pour les enfants franciliens nés en 2010, ORS (18)

	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
75	94,1	4,6	1,3
77	96,5	2,6	0,9
78	98,3	1,4	0,3
91	96,1	3,1	0,8
92	96,8	2,6	0,6
93	91,2	6,9	1,9
94	94,3	4,7	1,0
95	97,1	2,0	0,9
ÎdF	95,3	3,7	1,0

Source : Base régionale ÎdF des PCS 2010.

3.2 Facteurs influençant les déclarations de grossesse tardives en Seine-Saint-Denis

Outre les facteurs nationaux cités ci-dessus et la réelle désertification médicale présente en Seine-Saint-Denis, une étude réalisée dans le département entre 1999 et 2001 a analysé l'impact du contexte socio-économique de résidence et de l'aménagement du territoire sur le suivi de grossesse.

En ayant contrôlé les facteurs individuels des mères, à savoir l'âge, la couverture sociale et le pays de naissance, les auteurs de l'étude montrent qu'il existe un effet de contexte important dans les variations spatiales de mauvais suivis de grossesse, non expliqué par l'indice de désavantage (calculé à partir des variables socio-économiques du recensement de la population en 1999).

Afin de mieux comprendre les pratiques spatiales des femmes et les freins physiques d'accès aux soins, un travail géographique et de terrain a permis de montrer que les freins d'accès aux soins lors du suivi de grossesse sont créés à cause de particularités locales d'aménagement du territoire cumulées à des contextes sociaux spécifiques. (28)

3.3 Prise en charge des déclarations tardives de grossesse en Seine-Saint-Denis

Le Conseil Général de Seine-Saint-Denis reçoit toutes les déclarations de grossesse des femmes domiciliées dans le département par la CAF. Il les renvoie à chaque sage-femme de PMI dont le secteur dépend du lieu d'habitation de la femme enceinte.

Lors du stage optionnel de dernière année d'études, effectué dans trois PMI différentes de Seine-Saint-Denis, nous avons pu observer que chaque sage-femme prend en charge différemment les déclarations de grossesse qu'elle reçoit.

Il n'y a pas de consensus quant à la façon de gérer les déclarations de grossesse tardives ; il existe plusieurs options :

- la sage-femme envoie une lettre de Mise A Disposition (MAD) à toutes les femmes de son secteur dont elle a reçu la déclaration de grossesse ; les

lettres de Mise A Disposition peuvent se présenter sous plusieurs formes
(Annexes IX et X)

- la sage-femme envoie une lettre de MAD seulement aux femmes dont la déclaration de grossesse présente un « risque » (femme très jeune, femme seule, femme sans couverture sociale, femme ayant beaucoup d'enfants à charge, grossesses multiples)
- la sage-femme envoie un rendez-vous fixé à la PMI (date et heure) aux femmes présentant une déclaration de grossesse « à risque », et seulement une lettre de MAD aux autres.

En interrogeant les différentes sages-femmes rencontrées lors du stage, peu de femmes répondent à la lettre de mise à disposition en prenant rendez-vous avec la sage-femme de la PMI ; quant aux rendez-vous fixés par avance par la sage-femme lorsqu'elle trouve une déclaration de grossesse « à risque », le taux de retour est encore plus faible.

Deuxième partie

Méthodologie de l'étude

I/Problématique

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes intéressées aux différents évènements pouvant intervenir dans le fait de déclarer tardivement sa grossesse.

En effet, nous avons rencontré plusieurs fois au cours de stages, des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse. Aucune question par rapport à cette déclaration n'avait été posée par le professionnel de santé, afin d'essayer de comprendre pourquoi la femme avait été amenée à déclarer tardivement sa grossesse. Ceci aurait pourtant peut-être permis d'améliorer la prise en charge globale de la future mère dans le suivi de grossesse, et notamment dans la période du postpartum.

De plus, nous envisagions au départ de travailler sur le déni de grossesse mais cela ne nous a pas semblé réalisable pour un sujet de mémoire, notamment au niveau de la faisabilité de l'étude. De cette réflexion initiale, une hypothèse envisagée était que lors d'un déni de grossesse, la plupart des femmes concernées réalisent leur déclaration de grossesse après les délais légaux. Il nous semblait donc intéressant de voir si cela ressortirait lors de notre étude.

De là est née la problématique : « En quoi certains facteurs socio-économiques et psychologiques amènent des femmes à déclarer tardivement leur grossesse ? ».

II/Objectifs

Afin de répondre à notre problématique, nous allons :

- caractériser les patientes présentant une déclaration tardive de grossesse en Seine-Saint-Denis en 2013
- analyser les évènements qui amènent ces femmes à déclarer tardivement leur grossesse.

III/Hypothèses

- Les femmes déclarant tardivement leur grossesse sont majoritairement mineures, étrangères, sans activité professionnelle et/ou multigestes
- Les conjoints de ces femmes sont plus souvent absents
- Les histoires de vie singularisent les causes de déclarations tardives de grossesse.

IV/Méthodologie

Deux études ont été réalisées au cours de ce mémoire, afin de pouvoir répondre aux différents objectifs. La première, quantitative, a été réalisée à partir des déclarations de grossesse reçues au Conseil Général de Seine Saint Denis ; elle nous a permis de décrire une population de femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse. La seconde, qualitative, menée auprès de patientes en centres de Protection Maternelle et Infantile lors d'entretiens semi-directifs, nous a apporté des éléments permettant d'aborder les événements qui ont amené ces femmes à déclarer tardivement leur grossesse.

4.1 L'étude quantitative

4.1.1 Type d'étude

Notre première étude est une étude prospective, réalisée au sein du Conseil Général de Seine-Saint-Denis entre le 7 mai et le 8 juillet 2013.

4.1.2 Outils utilisés

Nous avons choisi de réaliser cette étude à partir des déclarations de grossesse reçues au Conseil Général.

En effet, après envoi de la patiente des différents feuillets à la Caisse d'Allocations Familiales et à la Sécurité Sociale, la CAF renvoie au Conseil Général du département toutes les déclarations de grossesse.

Nous avons recueilli 933 déclarations de grossesse et les avons toutes analysées tout d'abord par rapport au terme de déclaration (calcul entre la date de début de grossesse et la date de l'examen médical).

Sur ces 933 déclarations de grossesse, 102 étaient effectuées après dix-sept semaines d'aménorrhée (limite fixée par la législation pour qualifier une déclaration de grossesse « tardive »).

Lorsque la déclaration était effectuée tardivement, nous avons recueilli, à l'aide du logiciel Excel :

- le terme de la déclaration de grossesse (calculé manuellement auparavant)
- le lieu de naissance de la mère
- l'âge maternel au moment de la déclaration de grossesse (par sa date de naissance)
- si la profession de la mère n'était pas cochée ; et si non, son activité professionnelle
- l'affiliation à la Sécurité Sociale de la mère
- la gestité
- la présence du père sur la déclaration de grossesse ; et si oui : son âge au moment de la déclaration de grossesse (par sa date de naissance) ; si son adresse est différente de celle de la mère ; si la profession du père n'est pas cochée, et si non, son activité professionnelle
- la présence de caractéristiques remarquables : grossesse gémellaire, nombre d'enfants à charge ≥ 4 , déclaration envoyée après le terme théorique.

Parmi tous ces critères, nous avons choisi de ne pas en analyser certains car ils nous paraissaient moins fiables et pertinents que d'autres, notamment le fait que la profession de la mère ou du père ne soit pas cochée (oubli possible par la femme), l'âge du père et son activité professionnelle (caractéristiques peu judicieux dans la description du profil des femmes déclarant tardivement leur grossesse).

De plus, trop peu de caractéristiques remarquables ont été recueillies pour pouvoir être utilisées comme item spécifique dans notre analyse.

4.1.3 Population étudiée

L'étude porte sur les déclarations de grossesse dont l'examen général médical et obstétrical a été effectué à 17 SA ou plus (calculé par rapport à la date de l'examen médical et la date de début de grossesse).

Au départ, nous avons choisi de considérer une déclaration comme tardive lorsqu'elle était effectuée à partir de quatorze semaines d'aménorrhée ou plus (par rapport au délai légal de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)). Nous avons alors retrouvé 278 déclarations de grossesse faites après cette limite sur les 933 analysées, ce qui nous amenait à 29,8% de déclarations tardives. Cela ne concordait pas avec les données de la littérature, notamment celles de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 et des Certificats de Santé du huitième jour.

Cependant, il est important de rappeler que l'ENP est réalisée sur une période très courte (une semaine), pouvant constituer une limite par rapport au pourcentage de déclarations tardives retrouvées sur cette période.

L'ENP de 2010 définit une déclaration tardive comme « *au-delà de la limite fixée par la réglementation* ». Or, l'article R534-1 du Code de la sécurité sociale stipule qu'« *Une déclaration de grossesse doit être produite dans les quatorze premières semaines de la grossesse [*délai*]* ».

Par conséquent, une déclaration de grossesse doit être produite dans les seize semaines d'aménorrhée révolues donc elle est considérée comme tardive par la législation quand elle est effectuée après, c'est-à-dire à partir de la dix-septième semaine d'aménorrhée.

Sur 933 déclarations de grossesse analysées, 102 déclarations de grossesse ont été faites après la date limite fixée par la législation, soit 10,9% de la population étudiée. Ce pourcentage semblant comparable à celui de la littérature (7,8% dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2010), nous avons pu décrire notre population selon certains critères.

4.1.4 Items étudiés

Les items étudiés pour répondre à notre problématique sont :

- le terme de la déclaration de grossesse
- le lieu de naissance de la mère

- l'âge de la mère au début de la grossesse
- l'activité professionnelle de la mère
- l'affiliation de la mère à la Sécurité Sociale
- la gestité de la mère
- la présence du père sur la déclaration de grossesse ; et si oui, s'il partage la même adresse que la mère.

Traitement des données:

- *terme de la déclaration de grossesse* : nous avons séparé les termes de déclaration en trois catégories : entre 17 et 22 semaines d'aménorrhée, qui est le terme de la deuxième échographie ; entre 22 et 28 SA, qui est la fin du sixième mois ; et après 28 SA ;
- *lieu de naissance de la mère* : nous avons regroupé les pays de naissance des mères en quatre catégories, par rapport aux données de la bibliographie : France, Maghreb, Afrique noire et autres pays ;
- *âge de la mère* : nous avons distingué plusieurs catégories d'âge maternel, en fonction des données bibliographiques : mères mineures, « jeunes mères » (18-20 ans), mères âgées de 20 à 25 ans, mères âgées de 25 à 35 ans, mères âgées de 35 à 40 ans, mères âgées de 40 ans et plus ;
- *activité professionnelle de la mère* : nous avons distingué les mères avec et sans activité professionnelle, en rapport avec la bibliographie ; cependant, sur plusieurs déclarations de grossesse était coché « non salariée », sans pouvoir établir si ces femmes étaient à leur compte (exercice libéral) ou sans activité professionnelle ; nous avons donc choisi de catégoriser les mères en trois groupes : salariée, non salariée et sans activité professionnelle ;
- *affiliation de la mère à la Sécurité Sociale* : nous avons séparé les mères ayant une affiliation à la Sécurité Sociale des mères ayant-droits (sur la Sécurité Sociale de leur mari ou de leurs parents) et des mères sans couverture sociale, par rapport aux données bibliographiques ;
- *gestité de la mère* : nous avons distingué les mères ayant eu moins de quatre grossesses antérieures des mères ayant une gestité supérieure ou égale à quatre car la grande gestité est un facteur de risque de la déclaration tardive de grossesse ;
- *présence du père* : nous avons séparé le groupe des mères ayant un père noté sur la déclaration de grossesse du groupe des mères n'en ayant pas ; de

plus, si le père était noté sur la déclaration de grossesse, nous avons recherché s'il avait une adresse commune ou différente de la mère ; en effet, l'absence de vie en couple est un facteur important dans la déclaration tardive de grossesse.

Sur nos sept variables étudiées, quatre présentaient des données manquantes (pays de naissance de la mère, activité professionnelle maternelle, affiliation de la mère à la Sécurité Sociale et gestité).

Cela concerne des femmes à chaque fois très différentes.

Après analyse fine, nous ne retrouvons pas de biais particulier donc nous les avons exclues de l'échantillon lors de l'étude de notre population pour la variable donnée et lors des analyses bivariées qui impliquent la variable aux données manquantes.

4.2 L'étude qualitative

4.2.1 Méthode utilisée

Afin d'étayer les résultats apportés par l'étude quantitative, nous avons mené dix entretiens semi-dirigés.

4.2.2 Recrutement de la population étudiée

Nous avons choisi de recruter ces femmes au niveau des PMI de Seine-Saint-Denis, en collaboration avec le Conseil Général. En effet, notre principale hypothèse résidait dans le fait que ces femmes pouvaient trouver dans la structure de la PMI un accès aux soins rapide et gratuit. Nous avons donc présenté, le 16 mai 2013, notre projet aux sages-femmes de PMI du 93 lors d'une réunion mensuelle auxquelles elles assistent au niveau du Conseil Général. Les sages-femmes intéressées par l'étude, qui rencontraient des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse, pouvaient proposer à leurs patientes de nous rencontrer lors d'un entretien dans la PMI où elles étaient suivies.

Deux entretiens de femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse ont été réalisés le 4 juin 2013 puis aucun autre entretien n'a eu lieu jusqu'en septembre.

De plus, lors de la découverte au mois de juillet du pourcentage trop élevé de déclarations tardives de grossesse (dû à l'erreur de terme fixé, cf. explications dans la méthodologie de l'étude quantitative), nous avons dans un premier temps envisagé d'interrompre l'étude quantitative et à la place, d'interroger lors d'entretiens, des sages-femmes sur le terrain (PMI et libérales en Seine-Saint-Denis) afin d'essayer de comprendre pourquoi nous trouvions un taux si important.

Quatre entretiens de sages-femmes ont été réalisés. Cependant, la problématique concernant l'incohérence du pourcentage par rapport aux données nationales a été résolue fin août et nous n'avons donc pas analysé les entretiens de sages-femmes dans ce mémoire.

En septembre, nous n'avions que deux entretiens de femmes. Nous avons décidé d'effectuer une relance au niveau des sages-femmes de PMI du 93 en leur laissant un message vocal sur leur téléphone professionnel, afin de leur rappeler la nécessité de recrutement de femmes ayant déclaré leur grossesse après dix-sept semaines d'aménorrhée.

De plus, nous avons contacté la maternité Delafontaine à Saint-Denis en leur expliquant la nécessité urgente de notre recrutement ; ils nous ont donc proposé d'essayer de recruter ces femmes en consultations prénatales ou d'échographies.

Cependant, la relance au niveau des sages-femmes de PMI a été fructueuse car nous avons réussi à obtenir huit entretiens de femmes entre le 24 octobre et le 15 novembre 2013.

Nous avons donc obtenu dix entretiens de femmes ayant déclaré leur grossesse hors des délais légaux entre juin et novembre 2013.

La participation des femmes était basée sur le volontariat, avec respect de l'anonymat lors de la retranscription des données. Elles ont été rencontrées individuellement dans la PMI où elles étaient suivies en fonction de leur disponibilité. Afin de faciliter l'échange et le dialogue et avec leur accord, ces entretiens ont tous été enregistrés sur un dictaphone et ont permis ainsi une retranscription fidèle.

4.2.3 Nature des entretiens

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens dirigés. Cette méthode permet en effet d'obtenir une richesse d'informations tout en orientant les propos.

Pour nous exercer à cette technique d'entretien et en saisir les spécificités, nous avons assisté à plusieurs entretiens prénataux précoces menés par notre directrice de mémoire à son cabinet.

Pour recueillir des données en rapport avec notre questionnaire, nous avons élaboré une grille d'entretien en trois parties :

- le terme de la déclaration de grossesse
- le parcours de soins antérieur, depuis le début de la grossesse
- les raisons de cette déclaration tardive

Chaque entretien a duré environ trente minutes.

4.2.4 L'analyse des données qualitatives

Elle comprend plusieurs étapes.

4.2.4.1 La retranscription des données

Il s'agit de la transformation de l'entretien oral avec la femme (données brutes) en texte, réalisée sur ordinateur en format Word. Un inventaire des informations recueillies est mis en forme par écrit. Organisé sous un format directement accessible à l'analyse, cela permet d'en faciliter la lecture et d'en avoir une trace fidèle. (29)

4.2.4.2 Le codage des informations

Les textes des entretiens sont explorés ligne par ligne. Les données qualitatives brutes sont classées.

La grille d'analyse est composée de catégories d'analyse, choisies d'après les informations recueillies dans les entretiens : il s'agit donc d'un codage ouvert, plus pertinent par rapport à notre souhait de comprendre en quoi certains événements ont amené ces femmes à déclarer tardivement leur grossesse.

Pour chaque entretien, nous avons classifié les propos par catégories.
Nous avons cherché ensuite les catégories communes à nos entretiens. (29)

Nous avons choisi dans notre étude d'utiliser l'unité sémantique : les idées-clés exprimées par les interviewés sont repérées dans le texte écrit à partir de mots, de substantifs, de verbes, de morceaux de phrases ou d'une série de phrases évoquant une idée. (29)

4.2.4.3 Le traitement des données

Dans notre étude, le traitement des données qualitatives est mené d'un point de vue sémantique (du point de vue du sens). (29)

V/Résultats

5.1 L'étude quantitative

5.1.1 Tests statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.
Nous avons comparé les caractéristiques de notre population en fonction des termes de déclaration de grossesse en utilisant le test de Chi-2 corrigé de Yates pour les variables qualitatives, remplacé si nécessaire par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectif théorique attendu inférieur à cinq.
Le seuil de signification statistique retenu a été fixé à 0,05.

Pour effectuer nos statistiques, nous avons utilisé le logiciel Stata.

5.1.2 Description de la population étudiée

5.1.2.1 Terme de la déclaration de grossesse

Terme	Nombre de femmes	Pourcentage (%)
17-22 SA	62	60,78
22-28 SA	24	23,53
> 28 SA	16	15,69

Sur les 102 déclarations de grossesse analysées, la grande majorité (environ 61%) ont été réalisées entre 17 et 22 SA.

Un peu moins de 24% ont été effectuées entre 22 semaines d'aménorrhée et la fin du sixième mois de grossesse et 15,7% ont été faites après 28 semaines d'aménorrhée.

5.1.2.2 Pays de naissance de la mère

Pays de naissance	Nombre de femmes	Pourcentage (%)
France	37	38,14
Maghreb	22	22,68
Afrique noire	16	16,49
Autres pays	22	22,68

Sur les 102 déclarations de grossesse analysées, cinq n'étaient pas renseignées quant au pays de naissance maternel ; nous les avons donc supprimées pour cette donnée.

Dans notre groupe d'étude, environ 38% des femmes ayant déclaré leur grossesse hors des délais légaux sont nées en France, 22% dans un pays du Maghreb (Algérie, Maroc et Tunisie) et 16,5% dans un pays d'Afrique noire.

Environ 23% des femmes de notre groupe d'étude sont nées dans d'autres pays (Europe, Asie, Turquie).

5.1.2.3 Âge de la mère

Âge de la mère	Nombre de femmes	Pourcentage (%)
< 18 ans	5	4,9
18-20 ans	8	7,84
20-25 ans	25	24,51
25-35 ans	44	43,14
35-40	12	11,76
> 40 ans	8	7,84

Dans notre groupe d'étude, la majorité des femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse se situent dans la tranche d'âge 25-35 ans, avec 43,14% des déclarations.

Les mineures sont faiblement représentées, avec 4,9% des déclarations de grossesse tardive.

Les jeunes femmes entre 18 et 20 ans, ainsi que les femmes âgées de plus de 40 ans sont représentées chacune à environ 8%.

5.1.2.4 Activité professionnelle de la mère

Activité professionnelle	Nombre de femmes	Pourcentage (%)
Salariée	26	26,8
Non salariée	11	11,34
Sans activité professionnelle	60	61,9

Sur les 102 déclarations de grossesse analysées, cinq n'étaient pas renseignées quant à l'activité professionnelle de la mère ; nous les avons donc supprimées pour cette donnée.

Dans notre groupe d'étude, la majorité des femmes qui ont déclaré leur grossesse tardivement sont sans activité professionnelle (61,9%), en lien avec les données de la bibliographie.

5.1.2.5 Affiliation de la mère à la Sécurité Sociale

Sur les 102 déclarations de grossesse analysées, trois n'étaient pas renseignées quant à l'affiliation de la mère à la Sécurité Sociale ; nous les avons donc supprimées pour cette donnée.

Affiliation Sécurité Sociale	Nombre de femmes	Pourcentage (%)
Affiliée	66	64,71
Ayant droits	23	23,23
Pas de couverture sociale	10	10,1

La majorité des patientes de notre groupe d'étude (64,71%) était affiliée à la Sécurité Sociale. Seulement 10,1% des femmes ayant déclaré leur grossesse après 17 SA n'ont pas de couverture sociale.

5.1.2.6 Gestité de la mère

Sur les 102 déclarations de grossesse analysées, vingt n'étaient pas renseignées quant à la gestité chez la mère ; nous les avons donc supprimées pour cette donnée.

Gestité	Nombre de femmes	Pourcentage (%)
< 4	72	70,59
≥ 4	10	9,8

La grande majorité des femmes de notre groupe d'études (70,59%) avait été enceinte moins de quatre fois, la grossesse déclarée tardivement étant comprise dans ce nombre de grossesses.

5.1.2.7 Présence du père

Case père remplie	Nombre de femmes	Pourcentage (%)
Oui	74	72,55
Non	28	27,45

Dans notre population d'étude, la majorité des femmes (72,55%) avaient rempli les renseignements concernant le père sur la déclaration de grossesse ; cependant, 27,45% des femmes n'avaient pas signalé de père sur leur déclaration de grossesse.

Adresse différente si case père remplie	Nombre de femmes	Pourcentage (%)
Oui	4	5,41
Non	70	94,59

Lorsque la case du père était remplie, nous avons voulu savoir si les futurs parents vivaient dans le même lieu : une très grande majorité des femmes de notre population d'étude (environ 95%) partagent le même domicile avec le père déclaré. Seul 5,41% des femmes ont une adresse différente par rapport au père inscrit sur la déclaration de grossesse.

5.1.3 Analyses bivariées

5.1.3.1 Terme et pays de naissance maternel

Sur nos 102 déclarations de grossesse analysées, cinq n'étaient pas renseignées quant au pays de naissance maternel ; nous les avons donc supprimées pour l'analyse bivariée.

Pays de naissance	< 28 SA	> 28 SA
France	34 (41,97%)	3 (18,75%)
Etranger	47 (58,03%)	13 (81,25%)

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative entre les pays de naissance « France » et « Etranger » ($p=0,08$) mais une tendance à la déclaration plus tardive chez les femmes étrangères.

Par rapport à la bibliographie, nous avons voulu voir si un pays de naissance particulier influençait dans la déclaration plus ou moins tardive de grossesse. Nous nous sommes donc concentrées sur les femmes nées en France, au Maghreb et en Afrique noire.

Pays de naissance	17-22 SA	22-28 SA	> 28 SA
France	26 (44,83%)	8 (34,78%)	3 (18,75%)
Maghreb	10 (17,24%)	4 (17,39%)	8 (50%)
Afrique noire	8 (13,79%)	6 (26,09%)	2 (12,50%)

Notre étude a permis de montrer une association significative ($p=0,041$) entre la déclaration de grossesse après 28 semaines d'aménorrhée et le pays de naissance : en effet, les femmes nées dans un pays du Maghreb sont majoritairement représentées dans les déclarations de grossesse effectuées après 28 SA (50%).

Chez les femmes qui sont nées en France et qui déclarent hors des délais légaux, une tendance à déclarer rapidement après la limite (entre 17 et 22 SA) est observée.

5.1.3.2 Terme et âge maternel

Age maternel	< 28 SA	> 28 SA
< 25 ans	34 (39,53%)	4 (25%)
> 25 ans	52 (60,47%)	12 (75%)

Notre étude ne nous permet pas de mettre en évidence un lien entre l'âge maternel inférieur à 25 ans et la déclaration tardive de grossesse avant ou après 28 SA ($p=0,26$).

Age maternel	< 28 SA	> 28 SA
< 40 ans	80 (93,02%)	14 (87,5%)
> 40 ans	6 (6,97%)	2 (12,5%)

Il n'existe pas non plus d'association significative dans notre étude entre l'âge maternel supérieur à 40 ans et la déclaration tardive de grossesse avant et après 28 SA ($p=0,60$).

5.1.3.3 Terme et activité professionnelle maternelle

Sur nos 102 déclarations de grossesse analysées, cinq n'étaient pas renseignées quant à l'activité professionnelle de la mère ; nous les avons donc supprimées pour l'analyse bivariée.

Par rapport à la bibliographie, nous avons décidé d'étudier le lien entre le terme de la déclaration tardive de grossesse et l'activité professionnelle ou non de la mère. Nous avons choisi d'éliminer les femmes du groupe « non salariées » car sur la déclaration de grossesse, il n'était pas précisé si ces femmes effectuaient un exercice libéral ou si elles se considéraient non salariées, même si elles étaient sans activité professionnelle (beaucoup de déclarations de grossesse où les deux items étaient cochés).

La population étudiée comprenait donc 86 femmes.

Activité professionnelle	17-22 SA	22-28 SA	> 28 SA
Salariée	15 (27,27%)	10 (50%)	1 (9,09%)
Sans activité professionnelle	40 (72,73%)	10 (50%)	10 (90,91%)

Dans notre étude, il existe une association significative entre l'absence d'activité professionnelle et la déclaration tardive de grossesse ($p=0,043$).

En effet, les femmes sans activité professionnelle déclarent significativement plus tardivement (après 28 SA) que les femmes salariées.

5.1.3.4 Terme et couverture sociale maternelle

Sur nos 102 déclarations de grossesse analysées, trois n'étaient pas renseignées quant à l'affiliation de la mère à la Sécurité Sociale ; nous les avons donc supprimées pour l'analyse bivariée.

Couverture Sociale (CS)	< 28 SA	> 28 SA
Avec CS	76 (90,47%)	13 (86,66%)
Sans CS	8 (9,53%)	2 (13,34%)

Notre étude n'a pas montré de lien significatif entre l'absence de couverture sociale et la déclaration tardive de grossesse ($p=0,64$).

5.1.3.5 Terme et gestité maternelle

Sur nos 102 déclarations de grossesse analysées, vingt n'étaient pas renseignées quant à la gestité chez la mère ; nous les avons donc supprimées pour l'analyse bivariée.

Gestité	< 28 SA	> 28 SA
< 4	62 (89,85%)	10 (76,92%)
≥ 4	7 (10,15%)	3 (23,08%)

Aucune association significative n'a été montrée par notre étude entre la gestité et le terme de déclaration de grossesse ($p=0,19$).

5.1.3.6 Terme et présence du père sur la déclaration de grossesse

Père inscrit sur DG	< 28 SA	> 28 SA
Oui	59 (68,60%)	15 (93,75%)
Non	27 (31,40%)	1 (6,25%)

Notre étude ne montre pas d'association significative entre la présence ou l'absence du père sur la déclaration de grossesse et une déclaration de grossesse effectuée plus ou moins tardivement ($p=0,062$).

5.2 L'étude qualitative

5.2.1 Profil des femmes rencontrées

Chez les dix femmes rencontrées :

- deux femmes sont mineures, trois femmes ont entre 18 et 20 ans et cinq femmes ont entre 28 et 33 ans
- sept femmes sont de nationalité étrangère et trois femmes sont françaises
- trois femmes travaillent, trois jeunes filles sont lycéennes et quatre femmes sont sans profession
- concernant la couverture sociale, une femme a la Sécurité Sociale, deux femmes sont rattachées à celle de leur mari, une jeune fille est rattachée à celle de sa mère, quatre femmes ont la CMU et deux femmes ont l'AME.

Un tableau détaillé en annexes (**Annexe XI**) récapitule l'âge, la nationalité, l'activité professionnelle et la couverture sociale de chaque femme.

5.2.1.1 Une femme rencontrée sur deux ne reçoit pas de soutien de la part de son conjoint

• Soutien du conjoint :

Chez les femmes rencontrées, la moitié a reçu du soutien de la part de leur conjoint, comme Mme D. : « *En fait, il m'aide, c'est ça qu'est bien... Parce que y'en a qui aident pas leurs copines du tout [...]* » ou Mme K. : « *Oui oui oui oui, il m'a soutenu, y'a pas de souci [...]* ».

Mme D. et son copain ont un projet de vie ensemble après la naissance : « *Il achète la voiture, et après il économise, on économise pour avoir au moins un studio pour ... (note de l'auteur : discours arrêté par la femme)* »

Après l'annonce, certains pères ont été surpris mais ont tout de suite décidé d'assumer cette grossesse avec leur compagne.

C'est le cas du mari de Mme Y. : « *Non ça va, il me dit « On va »... C'est bon, il a accepté, c'est bon, il dit « C'est bon, elle est arrivée comme ça en cachette, c'est très bien ! » (Rires de Mme Y.) [...] »* ou du copain de Mme D. : « *[...] donc on a dit « bon, bah on va assumer [...]»*.

Le compagnon de Mme MF., lui, désirait que sa compagne fasse une interruption volontaire de grossesse au départ, puis a changé d'avis et la soutient au moment de l'entretien: « *Bah, la première fois il m'a dit d'enlever mais moi je voulais pas ; et après il a dit « D'accord » donc il va reconnaître le bébé et va s'en occuper avec moi [...]»*.

• Absence de soutien au sein du couple :

Cinq de ces femmes ont dû faire face à des difficultés par rapport à la réaction du père face à la grossesse.

Les pères sont souvent absents, comme dans le cas de Mme O. : « *La grossesse, il était pas... Il a... C'était presque 5 mois je l'ai pas vu dans la grossesse ; dans le 8... Septième mois, il est venu [...] »*, de Mme B. : « *Ouais, il habite très loin, c'est juste qu'il peut pas m'aider financièrement vu que lui aussi... [...] On parle que sur téléphone en fait [...] »* ou encore de Mme Bo. : « *Non, il vit pas avec nous [...] Il sort beaucoup, c'est moi... Je supporte pas quoi [...] Il vient pas trop... Quand j'ai besoin de lui, des courses ou bien il va me rendre service, je lui dis avant ; s'il sera libre, il peut venir [...]»*.

Parfois, ils ne se sentent pas prêts d'assumer l'arrivée d'un enfant, comme le conjoint de Mme O., qui lui a dit : « *Moi j'étais pas prêt d'avoir encore un autre enfant quoi ! [...] Je sais pas, c'est à toi de voir, c'est pas moi qui s'occupe des enfants donc je sais pas comment tu vas faire [...]»*.

Chez les deux jeunes filles mineures interrogées, les relations avec le futur père sont très compliquées.

Mme Ka. n'était plus en couple avec lui mais voulait l'obliger à reconnaître le bébé : *« Il va reconnaître l'enfant... T'façon il est obligé hein [...] »*.

Mme Ko., dans une relation compliquée, avait prévenu son copain de la grossesse mais semblait ne pas attendre de soutien de sa part : *« Bah là, en ce moment je le vois pas trop [...] Non mais je lui ai dit « On aura une petite fille », il m'a fait « Ah ouais ? », après j'ai fait « Est-ce que tu voudras la voir ? », après il m'a dit « Je sais pas »... Après, j'ai fait « Bah si tu veux pas l'assumer, je l'assumerais toute seule, moi je m'en fous ! » [...] Bah oui je pense qu'il va pas la reconnaître, enfin... Si je lui redemande mais déjà, faut qu'il me réponde [...] »*.

5.2.1.2 Des antécédents obstétricaux différents

Chez les femmes interviewées, quatre étaient primigestes, notamment les deux jeunes filles mineures.

Pour la majorité des autres femmes, la grossesse déclarée tardivement était leur troisième, sauf pour Mme O., dont c'était la sixième.

• Antécédents d'interruptions volontaires de grossesse :

Deux femmes avaient dans leurs antécédents des interruptions volontaires de grossesse, comme Mme D. : *« Alors, y'en a eu une en 2011 et une en 2012 [...] »* ou Mme O. : *« Oui ; quand j'ai, j'ai... Enlevé, quand je veux pas grossesse... [...] Au pays, c'est 2... Ici, une fois [...] »*.

• Grossesses antérieures :

Chez les femmes ayant déjà des enfants, la plupart avaient déclaré leurs précédentes grossesses dans les délais légaux et les avaient fait suivre régulièrement. C'est le cas par exemple de Mme Y. : *« [...] parce que comme je suis restée un petit peu plus que un an pour avoir un enfant, [...] le moment que je suis tombée enceinte, je suis partie vite fait chez le gynécologue ! [...] »* ou encore de Mme Do. : *« Oui, en France, j'allais voir la sage-femme tous les mois pour mon deuxième [...] »*.

Cependant, deux d'entre elles avaient fait suivre leur précédentes grossesses dans leur pays d'origine, comme Mme O. : *« J'étais allée voir le gynécologue en Afrique pour les 2 enfants [...] »* ou Mme Do. *« Au Cameroun, comme c'est payant, j'avais attendu pour faire suivre ma première grossesse [...] J'ai fait l'échographie je crois... Une fois toute ma grossesse [...] J'ai vu le médecin trois, quatre fois [...] »*.

Certaines avaient vécu des grossesses difficiles, comme Mme K. qui avait accouché prématurément à 33 semaines d'aménorrhée : *« Le deuxième, il est né prématuré, c'était difficile [...] J'ai fait une chute, je suis tombée et après, l'accouchement il est arrivé [...] Le petit, il a été hospitalisé, il est resté pendant un mois et demi [...] »* ou Mme O., où l'on avait diagnostiqué un oligoamnios lors de sa deuxième grossesse : *« Ouais, y'avait des problèmes avec Whitney tout le temps, je partais à l'hôpital ; y'avait des médecins qui passaient à la maison [...] »*.

Seule Mme K. avait déjà déclaré tardivement sa deuxième grossesse ; en effet, elle n'avait pas eu de retour de couches après son premier accouchement et n'avait découvert la grossesse qu'à 21 semaines d'aménorrhée : *« Ca m'est arrivé pareil pour le 2^e aussi parce que vu qu'ils sont vraiment rapprochés [...] Voilà, je... J'ai vraiment commencé aussi les démarches pour le deuxième à 19 semaines de grossesse, je savais pas donc du coup... (Note de l'auteur : arrêt du discours par la femme) »*.

5.2.1.3 Une présence familiale soutenante ou non

Chez les dix femmes rencontrées, seules trois étaient vraiment soutenues par leur famille.

• Soutien familial :

C'est le cas de Mme D., très proche de sa mère, présente lors de l'entretien : *« Dès que j'ai su, j'en ai parlé avec mon copain, ma mère... plus à ma mère que mon père bien sûr [...] Euuuh, par une grosse partie de ma famille j'étais soutenue [...] Ma grande cousine, elle m'a déjà passé du matériel [...] Ma voisine, tout ce qui est matériel, y'a ma cousine, y'a ma voisine [...] Ma sœur est très contente, elle va le gâter ; mon père aussi d'ailleurs, il adore les enfants [...] un vrai « papy gâteau » ! [...] »*.

Malgré la surprise à l'annonce de la grossesse, l'entourage familial de Mme Ka. est également présent : « *Mes parents, ils me soutiennent, ma sœur aussi [...] Même si ils ont été choqués et un peu énervés au début, après ils étaient positifs avec moi [...]* » tout comme la mère de Mme MF. : « *Ma mère, elle a dit que je pouvais rester chez elle quand le bébé va être là [...] Elle est contente [...]* ».

• **Famille à l'étranger :**

Cinq femmes rencontrées lors des entretiens ont leur famille à l'étranger, dans leur pays d'origine.

C'est le cas de Mme Y. qui évoque : « *Mes parents sont en Algérie [...] Toute ma famille est là-bas, ouais [...] Ils étaient contents quand ils l'ont appris, surtout qu'ils m'avaient vu au tout début, pendant les vacances [...]* ».

Les propos de Mme Do. illustrent également cette idée : « *Ma mère et mes sœurs sont restées au Cameroun [...] Je les appelle tout le temps [...] Ici, c'est des cousines, des tantes, des oncles, des cousins [...] C'est pas pareil hein ; ici en France, c'est chacun pour soi [...]* ».

Mme K. explique : « *Ma sœur est venue, elle vient de l'Italie* » ou encore Mme Bo. : « *Après j'ai appelé ma mère [...] au pays [...]* ».

L'histoire familiale de Mme O. est très compliquée : elle a fui le Togo, où vivent sa sœur et ses enfants car sa belle-famille la maltraitait après la mort de son mari ; ses parents vivent au Ghana. Depuis son départ, sa belle-famille a volé les enfants à la sortie de l'école et ne lui donne plus de leurs nouvelles. Elle énonce : « *J'ai deux enfants au pays [...] La famille de les... Du papa de eux, parce que le papa lui il est mort, ils étaient pas gentils avec moi, c'est pour ça je suis partie [...] Voilà, je sais pas, j'ai plus de nouvelles de les enfants parce qu'ils ont volé les enfants à l'école, parce que j'ai laissé les enfants avec ma petite sœur [...] Ma petite sœur toujours, elle cherche, elle cherche toujours [...] Mes parents, ils vivent au Ghana mais ma sœur et mes enfants, c'est au Togo qu'ils sont [...]* ».

• **Belle-famille présente :**

Cependant, ces femmes ont généralement une belle-famille assez présente, comme celle de Mme K. qui explique : « *Mon environnement familial m'a soutenu [...] Enfin, sa famille à lui [...]* ».

Mme Y. énonce également : « *On nous a soutenu, même ici parce que ma belle-famille, elle est là, en France [...]* ».

Il en est de même pour Mme Bo. ; elle exprime : « *Après, j'ai appelé... Je peux dire c'est ma belle-mère, c'était la femme à mon père [...] Ouais, elle m'a soutenu, elle habite ici, à Ermont [...]* ».

• Relations familiales difficiles :

Ces femmes ont aussi des relations avec leur propre famille parfois compliquées comme Mme K. : « *C'est sa famille qui m'a soutenu, voilà, moi ma famille c'est encore un autre cas, parce que c'est une autre histoire, de famille tout ça [...]* ».

Mme Bo. précise : « *Y'a que mon père seulement qui sait pas que je suis enceinte [...] Même s'il habite juste ici, à Aubervilliers, je veux pas qu'il sache [...]* ».

• Aide Sociale à l'Enfance (ASE) :

Parmi les dix femmes rencontrées, deux sont prises en charge par l'aide sociale à l'enfance. C'est le cas de Mme B. : « *Je suis venue en France, j'avais 16 ans, 16 ans ½ et quand je suis venue directement, on m'avait... On m'avait envoyé en famille d'accueil [...] Moi j'ai vécu dans les familles d'accueil [...]* ».

Mme Ko., qui vit depuis la petite enfance dans la même famille d'accueil, avec une sœur biologique a reçu beaucoup de soutien de la part de sa famille d'accueil. Elle énonce : « *Ma famille d'accueil, après le choc de la grossesse, ils m'ont tous mis à l'aise en fait, ils m'ont dit « T'inquiète on sera là pour toi et tout » [...] Ils m'ont tous soutenu [...] Ma sœur, elle m'a soutenu évidemment, comme la fille de ma « tante » (femme de la famille d'accueil), on est comme des sœurs, on se considère comme des sœurs [...]* » ; cependant, elle n'a pas voulu informer sa famille biologique, qu'elle voit toujours, de sa grossesse : « *Ma tante et mon éducatrice, elles m'ont fait « Tu fais comme tu veux, si tu veux pas leur dire encore, t'es pas obligée de... On te force pas » enfin... Elles ont dit « Même si, même si quand tu vas accoucher, que tu veux pas qu'ils sachent que t'as un enfant, t'es pas obligée de leur dire », ils ont dit « C'est selon toi, quand... Quand tu voudras » [...] Ma mère, je vais pas lui dire [...]* ».

5.2.2 Contexte de la déclaration tardive de grossesse

5.2.2.1 Des causes multiples de déclarations de grossesse tardives

Certaines femmes se savaient enceintes dès le début de la grossesse mais ne l'ont pas déclaré dans les délais légaux pour plusieurs raisons.

• **Hésitation sur l'IVG :**

Mme D. et Mme Bo. ont hésité au départ entre garder la grossesse ou l'interrompre. Mme D. explique : *« Au début, c'est une IVG que je voulais faire [...] Mais après, avec mon copain on a choisi, on a décidé de garder cette grossesse, on a dit qu'on allait assumer [...] »*.

Plusieurs personnes de l'entourage familial de Mme Bo. lui ont déconseillé l'IVG ; après réflexion, elle a décidé de garder sa grossesse. Elle exprime : *« Au début, j'avais pensé il faut que je l'enlève [...] Ma belle-mère m'a conseillé, elle m'a dit « Ça sert à rien d'enlever [...] Y'a des gens qui cherchent les enfants, ils trouvent pas donc euuuh... On sait jamais, peut-être un jour, quand tu veux encore avoir un autre enfant, peut-être ça va pas venir » [...] J'ai parlé aussi avec la mère du papa, elle a dit « Ne fais pas ça, faut pas enlever » [...] Donc après, j'ai choisi de pas l'enlever et j'ai pris rendez-vous pour l'échographie [...] »*.

• **Incompréhension à l'arrêt de la contraception :**

Pour Mme K., il s'agit d'une incompréhension par rapport au retrait de son Dispositif Intra Utérin (DIU) : elle rapporte que son gynécologue lui avait dit qu'elle ne pouvait pas tomber enceinte dans les trois mois suivant le retrait du DIU. Elle évoque : *« Il m'a dit c'est pas avant minimum 3 mois, le temps que le corps il se réadapte tout ça et voilà [...] Et moi, j'étais lancée dans mes calculs (Rires), je me disais « Ouais encore, j'ai le temps, 3 mois, 3 mois » et je me disais jusqu'au mois de... De juillet, tout ça peut-être que... Là, peut-être que j'allais tomber enceinte tout ça, donc ce qui a fait que j'ai pas vraiment pensé vraiment que j'étais enceinte, et le même mois que je l'ai retiré quoi [...] »*.

- **Mauvaise organisation administrative du suivi de grossesse :**

La déclaration tardive de Mme Do. est due à une mauvaise organisation des rendez-vous, indépendante de la patiente, entre les différentes consultations, obstétricales et d'échographie. Ainsi, elle explique : « *La première fois que je suis venue, c'était le 30 avril et avec les règles ça faisait trois mois de grossesse [...] On m'a prescrit l'écho, je l'ai fait tout de suite après, à 13 semaines d'aménorrhée, comme ils ont marqué sur le compte-rendu [...] Le problème, c'est que j'ai eu le rendez-vous avec la sage-femme que un mois après l'échographie, donc c'était tard pour la déclaration, c'était dix-sept semaines et demi [...]* ».

- **Méconnaissance du système de santé français :**

Mme O. n'avait aucune connaissance du système de santé français et du suivi de grossesse et a donc fait trois échographies chez un gynécologue en ville en début de grossesse, qu'elle a dû payer en intégralité, avant d'être informée par une amie de l'existence de la PMI et de la gratuité du service ; la déclaration de grossesse n'avait pas été établie lors des échographies. Elle précise: « *J'ai fait trois échographies, comme j'ai rien du tout je payais en espèces, 60 € chaque échographie, c'était très cher [...] Après, il a ... Il a... Il m'a donné les listes pour les prises de sang oui, et j'ai parti... Bon c'est là-bas, j'ai arrêté et ma copine, elle m'a... Elle m'a amené ici, à la PMI, parce que j'avais plus l'argent [...]* ».

- **Méconnaissance ou non-acceptation de l'état de grossesse :**

Cinq femmes interrogées n'ont pas pu déclarer leur grossesse dans les délais légaux car elles ne se savaient pas enceintes ou n'arrivaient pas à l'accepter.

Les grossesses de Mme Ka. et Mme Ko. sont consécutives à un premier rapport sexuel non protégé : Mme Ka. énonce : « *Si je le savais, j'avais des petits doutes mais pour moi, je pouvais pas être enceinte [...]* ».

Mme Ko. précise : « *Quand j'ai vu que j'étais enceinte, et bah dans ma tête je calculais pas, en fait je m'en foutais, je me suis dit « Je suis pas enceinte » [...] Voilà, y'a rien dans mon corps, c'est pas possible, je suis pas enceinte, j'ai pas de bébé dans mon ventre [...]* ».

D'autres ont découvert leur grossesse tardivement.

Ainsi, Mme MF. qui a découvert sa grossesse au bout de trois mois précise : *« J'avais plus les règles depuis avril, j'ai fait un test fin juillet et là je me suis rendue compte que j'étais enceinte [...] Quand j'ai su, j'ai rien fait [...] C'est ma copine qui m'a dit de venir à la PMI, un mois après que j'ai fait le test, moi je connaissais pas la PMI [...] »*.

Mme Y. énonce : *« J'ai eu mes règles euuuh... Régulièrement, même mois de mai, mois de juin... C'est qu'au mois de juillet que j'ai pas eu, et après je suis partie en Algérie à la fin de juillet, le 31 [...] Et j'ai attendu mes règles, mais je me suis dit peut-être que le stress, tout ça, courir, le voyage [...] Et j'ai pas, j'ai pas eu mes règles ; je suis restée jusqu'à la fin du mois d'août pour faire un test, j'étais enceinte mais je pouvais pas penser que c'était de quatre mois, comment j'ai pas senti que j'étais enceinte ? [...] »*.

Enfin, Mme B. explique : *« J'ai mes règles qui viennent tardivement, deux fois... deux à trois mois, je vois pas mes règles... Quoique j'ai l'habitude [...] Et du coup, comme ça faisait trop... trois mois, quatre mois et voilà, début cinquième mois, j'ai pas vu mes règles [...] Après je me suis dit c'est pas normal que j'ai ça ; après je suis partie, j'ai... J'ai acheté le test de grossesse [...] C'est là justement, j'ai su que je suis enceinte quand, quand j'ai fait le truc là [...] Bah comme c'était pas efficace à 100%, je me disais non c'est pas possible et tout, je vais prendre un rendez-vous avec un médecin et je vais voir réellement si c'est... Si c'est vrai, je suis enceinte ou pas [...]»*.

Il semble intéressant de noter qu'aucune des dix femmes rencontrées n'a effectué sa déclaration de façon tardive à cause du fait de difficultés géographiques d'accès aux soins.

5.2.2.2 Des déclarations tardives réalisées majoritairement par une sage-femme de Protection Maternelle et Infantile, aux alentours du cinquième mois de grossesse

Les femmes rencontrées lors des différents entretiens ont, dans la grande majorité, déclaré leur grossesse entre 18 et 23 semaines d'aménorrhée.

Seule Mme Ko. a déclaré sa grossesse à 34 semaines d'aménorrhée.

Huit déclarations de grossesse ont été effectuées au niveau du professionnel de santé rencontré par les femmes en PMI : sept fois par une sage-femme, une fois par le médecin de PMI qui suivait la grossesse de Mme Bo.

Les déclarations de grossesse de Mme Ka. et Mme B. ont été faites par les médecins échographistes, lors du diagnostic de grossesse, aux alentours de 23 semaines d'aménorrhée pour les deux.

5.2.2.3 Des sentiments variés ressentis par les femmes au moment de la découverte de grossesse

• Ressentis positifs :

Les femmes qui se savaient enceintes mais qui ont déclaré leur grossesse tardivement pour diverses raisons, ont pour la plupart été heureuses à la découverte de leur grossesse.

C'est le cas de Mme D. qui explique: *« Quand j'ai su que j'étais enceinte de Freeman, j'étais contente [...] »*.

De même, Mme K. exprime : *« J'ai dit « Bon, tant mieux, bon c'est pas grave, au moins je vais accoucher un peu plus tôt ! » [...] J'étais pas non plus très étonnée parce que je voyais mon ventre un peu trop ballonné par rapport à la date que je me disais moi-même [...] J'étais pas très surprise comme le deuxième bébé, que je m'y attendais pas, tout ça voilà [...] »*.

Mme Do. précise : *« J'avais envie d'être enceinte, c'est venu un peu vite mais finalement, j'étais contente [...] »*.

• Ressentis ambivalents :

Les femmes qui avaient hésité au début de leur grossesse avec une IVG ont plutôt ressenti un sentiment d'indécision lorsqu'elles ont découvert qu'elles étaient enceintes : *« Je savais pas quoi faire, j'étais perdue, j'hésitais [...] On a réfléchi longtemps avec mon copain, et après on a décidé de la garder, la grossesse [...] »* dit Mme D.

Mme Bo. énonce : *« Dans ma tête au début, ouais c'était un peu difficile, j'étais un peu perdue, je savais pas ce qu'il fallait faire [...] Et puis finalement avec ma famille, qui m'a dit que c'était peut-être pas une très bonne idée, j'ai décidé de garder la grossesse ; comme ça, les enfants c'est fait, après je serai tranquille [...] »*.

• **Ressentis négatifs :**

Les femmes qui ne se savaient pas enceintes avant l'annonce de la grossesse, ou pas à un terme aussi avancé, ont toutes ressenti un véritable choc.

Mme Ka. exprime : « *Bah j'étais choquée [...] Dans ma tête c'était pas possible [...] Choquée vite fait on va dire [...]* » comme pour Mme Ko. : « *Dans ma tête je calculais pas, en fait je m'en foutais [...] Je suis enceinte mais en fait c'est pas possible [...] Pour moi, c'était impossible d'être enceinte ! [...] Voir le test, ça m'a rien fait en fait, je me disais : « C'est pas possible, je suis pas enceinte, j'ai pas de bébé dans mon ventre » [...] C'était pas envisageable pour moi d'être enceinte [...]* », un vrai sentiment d'incrédulité a été ressenti lors de la découverte de la grossesse.

Après le choc de la découverte de la grossesse, Mme B. a ressenti énormément de violence et de tristesse. Elle évoque : « *J'étais choquée ; déjà je suis sortie, j'ai claqué la porte [...] C'était inadmissible en fait, moi je me disais tout le temps que non, peut-être je suis malade, je sais pas quoi mais je pouvais pas imaginer que je devais être enceinte ; après, il m'a dit quatre mois ou cinq mois comme ça et j'ai dit « Mais c'était impossible », je pouvais pas, je pouvais pas imaginer ça en fait [...]* J'ai vraiment senti de la violence, j'étais choquée [...] Pour moi, c'était pas possible, justement, c'était pas le moment [...] Pour moi, ça devait pas arriver en fait [...] Du coup, j'étais tout le temps seule, je m'enfermais dans ma chambre et du coup, je pleurais, je me disais que y'avait le ciel qui tombait sur moi et tout [...] Je me sentais très très mal [...] ».

Enfin, Mme Y. a ressenti un véritable choc par rapport au terme ; elle ne pensait pas pouvoir être enceinte de quatre mois sans le savoir, sans le ressentir : « *Quand j'ai su que j'étais enceinte, j'étais choquée un petit peu, c'était choquant mais après, comme j'ai su que c'était à quatre mois que j'étais choquée vraiment, j'ai dit dans ma tête « Comment j'ai pas senti que j'étais enceinte ? » [...] Il s'est rien changé en moi mais pourtant, elle était là... Comment j'ai pas senti que j'étais vraiment enceinte ? [...]* ».

5.2.3 Devenir de ces grossesses déclarées tardivement

5.2.3.1 Des grossesses suivies régulièrement en PMI après la découverte de la grossesse

• Suivis de grossesse réguliers, en PMI :

Chez les dix femmes rencontrées lors des entretiens, huit ont fait suivre leur grossesse régulièrement après la déclaration tardive, comme par exemple Mme MF. qui dit: *« Maintenant, je viens à chaque fois, je suis venue trois fois déjà, je fais les échos, je vois la sage-femme de la PMI tous les mois et j'ai déjà pris le rendez-vous pour l'hôpital [...] »*.

Mme Do. explique : *« J'ai fait le suivi avec Agnès (la sage-femme) tous les mois après, et quand elle était en vacances je suis allée à l'hôpital pour la consultation [...] »*.

Pour sa part, Mme B. précise : *« J'ai vu la sage-femme plusieurs fois, elle est venue chez moi aussi et j'ai même vu une sage-femme à l'hôpital, là où j'ai fait les échos [...] »*.

Toutes les femmes se sont fait suivre par une sage-femme de PMI, comme Mme K. : *« Après la déclaration en retard, je venais voir Aurore (la sage-femme) tous les mois ici [...] »* ou Mme Y. : *« Maintenant, je viens voir Sandrine (la sage-femme) tout le temps là, toujours je m'arrange pour pouvoir venir [...] »*.

• Suivis hospitaliers :

Certaines femmes se faisaient également suivre par l'hôpital soit lors de grossesses avec un terme déjà avancé comme Mme Do. : *« Maintenant, je suis suivie à l'hôpital comme je vais bientôt accoucher, j'y vais tous les mois aussi [...] »* ou bien en parallèle entre l'hôpital et la sage-femme de PMI lors de grossesses pathologiques comme Mme O. : *« Comme Freeman il avait une très grosse nuque, on a fait l'amniocentèse à Jean Verdier [...] C'était normal, mais après j'allais à l'hôpital et aussi je voyais Nadia [...] Je faisais l'hôpital, deux semaines après je voyais Nadia et après ça recommençait toujours comme ça [...] »*.

Mme Ko. ayant commencé à faire suivre sa grossesse à 34 SA a directement pris rendez-vous à l'hôpital où elle souhaite accoucher : *« J'ai déjà pris les rendez-vous avec l'hôpital, un avec la sage-femme, consultation obst... Je sais pas quoi [...] J'ai aussi pris le rendez-vous avec l'anesthésiste pour la péridurale [...] »*.

Seule Mme Bo. n'a pas eu un suivi très régulier lors de sa grossesse : *« J'ai pas été voir le médecin entre juillet et septembre, j'étais pour moi à la maison, j'étais tranquille [...] Je m'occupais pas, aller même chez le médecin je le faisais pas [...] Quand je suis allée faire l'échographie en urgence, la dame elle a crié, elle m'a dit « Mais depuis ce temps-là, Madame, vous étiez où ? », j'ai dit « J'étais chez moi » [...] Même à l'hôpital, il m'a dit « Mais depuis ce temps-là Madame, à sept mois, tu peux pas prendre rendez-vous maintenant ! (Rires de nous deux) [...] »*.

5.2.3.2 De multiples ressentis sur la grossesse au moment des entretiens

• Ressentis positifs :

La moitié des femmes rencontrées avaient bien accepté leur grossesse au moment de l'entretien et exprimaient un ressenti positif par rapport à celle-ci.

C'est le cas de Mme D. : *« La grossesse, ça va, je suis contente [...] Pour l'instant j'en parle avec mon copain puisque on a décidé d'avoir un appartement, une vie ensemble [...] On a commencé à acheter des vêtements, des peluches, je suis contente [...] »*.

Mme MF. énonce : *« La grossesse, elle se passe bien [...] Dans ma tête je suis contente, j'ai hâte qu'il arrive [...] »*.

Mme K. précise : *« Oui je suis contente, 3 garçons !!! [...] Même si ça sera du travail, je suis vraiment heureuse [...] »*.

Mme Ko. explique : *« Dans ma tête aussi, c'est mieux hein parce que j'étais tout le temps stressée et tout, c'est pas bien en plus pour le bébé [...] Là je vais bien, voilà [...] »*.

L'entretien de Mme O. avait été réalisé en post-natal, en présence de son fils Freeman, âgé de 4 mois ; Mme O. semblait heureuse et épanouie : *« Oui, maintenant ça va [...] Freeman, il est très sage, vraiment [...] C'est un bébé très sage, il mange beaucoup et il est vraiment gentil [...] »*.

- **Ressentis ambivalents :**

Certaines femmes étaient plus ambivalentes par rapport à leur grossesse au moment de l'entretien, comme Mme Ka. : « *Ouais, ça peut aller [...] J'ai un peu plus accepté l'idée, je me sens capable d'accueillir le bébé si mes parents et ma sœur m'aident [...] L'assistante sociale, elle m'a aidé à me mettre dans la tête que j'étais enceinte* ».

Mme B. explique : « *Maintenant, la grossesse, c'est moins un choc pour moi [...] La sage-femme de la PMI et l'assistante sociale du foyer, quand j'ai commencé à parler avec elles, ça m'a vraiment beaucoup aidé [...] Franchement ça m'a remonté le moral, je me suis dit « Voilà, la vie ne s'arrête pas ici, faut que je me bats, surtout maintenant pour mon enfant qui doit avoir besoin de moi, plus tard et tout... Euuuh, c'est pas le moment de baisser les bras » et voilà ; je commence à m'adapter de peu en peu... Petit à petit [...] Oui, ça va mieux [...]* ».

Mme Bo. énonce : « *Bon peut-être après, je vais penser à moi, je vais avoir mes enfants ; après tranquille, je serai tranquille [...] Après il grandit, c'est pour cela je serai tranquille [...]* ».

- **Sentiment de culpabilité :**

Seule Mme Y. exprimait toujours un grand sentiment de culpabilité par rapport à la découverte tardive de la grossesse à quatre mois, terme très avancé pour elle ; elle n'arrivait pas à accepter l'idée qu'elle n'avait pas senti qu'elle était enceinte dès le départ : « *Ouais, c'est... Ça va, ça va aller mieux après c'est vrai... C'était m'en vouloir un petit peu que j'ai pas senti que je suis enceinte, c'est pas parce que euuuuh... Elle était là, comment j'ai pas senti que je suis vraiment enceinte ? [...] Je m'en suis beaucoup voulu, après, il est là, il est là [...] Maintenant, je prépare tout pour qu'elle arrive ; même pour mes enfants, je lui ai dit que y'a une petite sœur, elle va venir, tout ça... Ça va, avec les garçons ça va, ils ont bien accepté qu'ils vont avoir une petite sœur [...]* ».

Troisième partie

Discussion

I/Analyse et discussion des résultats

Dans un premier temps, concentrons-nous sur les résultats de l'étude quantitative.

1.1 Etude quantitative

L'étude quantitative nous a permis de comparer plusieurs facteurs de déclaration tardive de grossesse avec les données de la littérature.

1.1.1 Le pays de naissance

Dans notre groupe d'étude, environ 38% des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse sont nées en France, 22% dans un pays du Maghreb (Algérie, Maroc et Tunisie) et 16,5% dans un pays d'Afrique noire. Environ 23% des femmes de notre groupe d'étude sont nées dans d'autres pays (Europe, Asie, Turquie).

Dans les données de la littérature, la nationalité étrangère est un facteur de risque de la déclaration tardive de grossesse. En effet, les femmes de nationalité européenne ont 1,6 fois plus de risque de déclarer tardivement leur grossesse par rapport aux femmes de nationalité française ; le risque est deux fois plus élevé chez les femmes de nationalité d'un pays du Maghreb et 1,9 fois plus élevé chez les femmes de nationalité d'autres pays d'Afrique. (8)

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative entre les pays de naissance « France » et « Etranger » mais une tendance à la déclaration plus tardive chez les femmes nées à l'étranger.

Elle a permis d'identifier une association significative entre la déclaration de grossesse après 28 semaines d'aménorrhée et le pays de naissance : en effet, 50% des femmes déclarant leur grossesse après 28 SA sont nées dans un pays du Maghreb.

Une hypothèse évoquée par les sages-femmes de PMI sur le terrain pourrait être que les femmes qui retournent dans leur pays de naissance du Maghreb pour une durée assez longue (vacances) et qui découvrent là-bas qu'elles sont enceintes ne font pas suivre leur début de grossesse à l'étranger et donc, quand elles reviennent en France, effectuent tous les examens de la grossesse et déclarent leur grossesse de façon encore plus tardive.

Le pays de naissance d'un individu n'est absolument pas représentatif de son imprégnation culturelle à ce pays. A titre de réflexion, il est intéressant de noter que le fait de parler de sa grossesse dès qu'elle est perçue par la femme ne va pas de soit dans toutes les sociétés. Dans certains endroits en effet, l'état de grossesse est caché aux autres jusqu'à un terme avancé.

D'après P. Ndiaye, « *Les femmes cachent leur grossesse sur la base de concepts mystiques. En effet, selon les croyances locales, la femme enceinte est considérée comme vulnérable au cours des trois premiers mois. La discrétion est donc une forme de protection contre les esprits maléfiques, auxquels pourraient faire recours, par jalousie, les coépouses en milieu polygame* ». (30)

D'autre part, le fait que la grossesse nécessite un suivi médical dès son début n'est pas forcément une évidence pour tous.

Enfin, la déclaration de grossesse étant une spécificité française, il peut sembler possible que certaines femmes étrangères ne connaissent pas l'existence de la déclaration de grossesse ou n'en voient pas l'utilité.

Chez les femmes qui sont nées en France et qui déclarent hors des délais légaux, une tendance à déclarer rapidement après la limite (entre 17 et 22 SA) est observée.

1.1.2 L'âge maternel

Dans notre groupe d'étude, la majorité des femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse se situent dans la tranche d'âge 25-35 ans (43,14%). Les mineures sont faiblement représentées, avec 4,9% des déclarations de grossesse tardive. Les jeunes femmes entre 18 et 20 ans ainsi que les femmes âgées de plus de 40 ans sont représentées chacune à environ 8%.

Dans la littérature, l'âge maternel inférieur à 25 ans et supérieur à 40 ans est un facteur de risque de la déclaration tardive de grossesse. En effet, les femmes de moins de 20 ans ont 2,6 fois plus de risque de déclarer leur grossesse hors des délais légaux que les femmes âgées de 30 à 34 ans ; celles qui ont entre 20 et 24 ans ont un risque 1,6 fois plus élevé. De plus, les femmes de plus de 40 ans déclarent 1,5 fois plus leur grossesse de façon tardive que les femmes entre 30 et 34 ans. (8)

Notre étude ne nous permet pas de mettre en évidence un lien entre l'âge maternel inférieur à 25 ans et la déclaration tardive de grossesse. Il n'existe pas non plus d'association significative entre l'âge maternel supérieur à 40 ans et la déclaration tardive de grossesse. Cependant, il semble intéressant de rappeler que les effectifs de ces « âges extrêmes » sont faibles dans notre étude, donc par conséquence, moins représentés.

1.1.3 L'activité professionnelle maternelle

Dans notre groupe d'étude, la majorité des femmes qui ont déclaré leur grossesse tardivement sont sans activité professionnelle (61,9%), en lien avec les données de la bibliographie.

En effet, la probabilité de déclarer sa grossesse tardivement lorsqu'on est femme au foyer ou étudiante est 1,6 fois plus élevée que pour une femme ayant un emploi ; cette probabilité est 1,3 fois plus élevée pour les femmes au chômage que celles qui ont un emploi. (8)

Dans notre étude, il existe une association significative entre l'absence d'activité professionnelle et la déclaration tardive de grossesse. Les femmes sans activité professionnelle déclarent significativement plus tardivement (après 28 SA) que les femmes salariées.

L'absence d'activité professionnelle est donc un facteur de risque de déclaration tardive en Seine-Saint-Denis en 2013.

1.1.4 La couverture sociale

64,71% des patientes de notre groupe d'étude étaient affiliées à la Sécurité Sociale. Seul 10,1% des femmes ayant déclaré leur grossesse après 17 SA n'ont pas de couverture sociale.

Notre étude n'a pas montré de lien significatif entre l'absence de couverture sociale et la déclaration tardive de grossesse.

Ces résultats ne sont pas en accord avec les données de la littérature ; en effet, par rapport aux femmes ayant une couverture sociale et une mutuelle, la probabilité de déclarer sa grossesse après 17 SA est 4,6 fois plus élevée chez les femmes sans couverture sociale. (8)

Néanmoins, il est important de noter que les femmes n'ayant pas de couverture sociale n'ont pas de bénéfice à effectuer une déclaration de grossesse d'un point de vue administratif car elles ne recevront aucune aide financière. Cette donnée peut donc influencer sur le faible pourcentage de femmes sans couverture sociale dans notre groupe d'étude.

1.1.5 La gestité

70,59% des femmes de notre groupe d'étude avaient été enceintes moins de quatre fois, la grossesse déclarée tardivement étant comprise dans ce nombre de grossesses.

Aucune association significative n'a été montrée par notre étude entre la gestité et le terme de déclaration de grossesse.

Ces résultats ne sont pas en accord avec la littérature : la probabilité de déclarer sa grossesse tardivement lorsque le rang de grossesse est supérieur à quatre ou plus est 1,3 fois plus élevée par rapport aux femmes primigestes dans les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010. (8)

Toutefois, vingt formulaires de déclaration de grossesse analysés n'étaient pas renseignés quant au nombre de grossesses antérieures chez la mère ; nous pouvons donc penser que cela influence nos résultats, en désaccord avec les données de la littérature.

1.1.6 La présence du père

Dans notre étude, 72,55% des femmes avaient rempli les renseignements concernant le père sur la déclaration de grossesse ; par conséquent, 27,45% des femmes n'avaient pas signalé de père sur leur déclaration de grossesse.

Environ 95% des femmes de notre population d'étude partagent le même domicile avec le père déclaré ; seul 5,41% des femmes ont une adresse différente par rapport au père inscrit sur la déclaration de grossesse.

Notre étude ne montre donc pas d'association significative entre la présence ou l'absence du père sur la déclaration de grossesse et une déclaration de grossesse effectuée plus ou moins tardivement. Elle pourrait également faire croire en une tendance à la déclaration plus tardive (après 28 SA) chez les femmes en couple (93,75% des déclarations effectuées après 28 SA concernent des femmes en couple) mais cela est infirmé par notre faible échantillon d'étude.

Ces résultats ne sont pas en accord avec les données bibliographiques : la part de femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse est 4,3 fois plus élevée chez les femmes qui vivent seules, par rapport aux femmes qui vivent en couple, selon l'ENP de 2010. (8)

Cette absence de corrélation entre la littérature et nos résultats pourrait s'expliquer par notre faible échantillon d'étude.

De plus, sur le terrain, plusieurs sages-femmes nous ont expliqué que les informations concernant les pères ne sont pas toujours remplies au niveau de la déclaration de grossesse, sans pour autant que la femme soit seule ; en effet, si la case concernant le père n'est pas remplie, la femme peut recevoir l'Allocation Parent Isolé en fonction de ses ressources.

Cette hypothèse représente peut-être un facteur explicite du désaccord entre les données de l'Enquête Nationale Périnatale et nos résultats.

1.1.7 Les facteurs de déclaration tardive en Seine-Saint-Denis

Notre étude quantitative ne nous a pas permis d'analyser le facteur « difficulté d'accès aux soins » par l'analyse du formulaire de déclaration de grossesse, quand celle-ci était tardive.

En effet, dans la littérature, le département de Seine-Saint-Denis a le taux le plus élevé de grossesses déclarées hors des délais légaux, par rapport aux autres départements d'Île-de-France : 8,8% de déclarations de grossesses tardives (4,7% au niveau régional). (18)

La désertification médicale du département jouerait-elle un rôle dans ce pourcentage élevé de déclarations de grossesse après 17 SA ? Les particularités locales d'aménagement du territoire, cumulées à des contextes sociaux spécifiques, amèneraient les femmes à déclarer tardivement leur grossesse. (28)

Cependant, ce critère a été analysé au niveau de l'étude qualitative et rapporte qu'aucune femme sur les dix interviewées n'a effectué sa déclaration tardivement à cause du fait de difficultés géographiques d'accès aux soins.

Cela n'a pas de réelle valeur statistique ; néanmoins, le nombre important de PMI en Seine-Saint-Denis et leur dispersion sur le territoire peut laisser penser qu'un accès à la protection maternelle et infantile semble facilité par les pouvoirs publics.

1.2 Etude qualitative

Intéressons-nous maintenant aux résultats de l'étude qualitative. Cette étude a pour but de mieux comprendre les enjeux des déclarations tardives de grossesse grâce à la mise en lumière de situations singulières. Pour comparer quelques données avec la littérature, nous avons extrait certaines tendances, en gardant à l'esprit la non-représentativité de notre échantillon et son faible nombre.

1.2.1 Profil des femmes interviewées

Nous avons recueilli quatre caractéristiques chez les dix femmes rencontrées :

- l'âge : la moitié des femmes ont moins de vingt ans, l'autre moitié a plus de vingt-huit ans

- la nationalité : sept femmes sur les dix interviewées sont de nationalité étrangère
- l'activité professionnelle : sept femmes sont sans activité professionnelle
- la couverture sociale : toutes les femmes ont une couverture sociale

La nature du recrutement des femmes interrogées, leur faible nombre ainsi que la finalité de ces entretiens nous amène à ne pas comparer le profil de ces femmes avec d'autres données quantitatives.

1.2.2 Autres résultats de l'étude qualitative

• La réaction des pères à l'annonce de cette grossesse :

Les entretiens nous révèlent que la place du père de l'enfant à venir et son investissement dans la grossesse peuvent présenter différents aspects. Certains pères sont favorables à la grossesse et soutenant, d'autres sont non soutenant.

Chez les pères soutenant, l'arrivée de ce bébé peut signifier un investissement nouveau dans la vie de couple avec des projets à long terme (Mme D.).

Dans le cas de Mme MF., le père a émis des réserves initialement et a ensuite investi l'arrivée de cet enfant.

Certains hommes ne sont pas présents pendant la grossesse, ne s'y impliquent pas. Le discours des femmes est amer à ce propos.

Ainsi, ces entretiens permettent d'envisager la multiplicité de postures des futurs pères face à ces grossesses déclarées tardivement. Notons que ces postures doivent aussi dépendre des causes de déclarations tardives.

De plus, selon l'ENP de 2010, la part de femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse est 4,3 fois plus élevée chez les femmes qui vivent seules, par rapport aux femmes qui vivent en couple. (8)

- **Gestité supérieure ou égale à quatre :**

Seule Mme O. était sixième geste lors de la grossesse déclarée tardivement, le reste des femmes étant troisième geste ou primigeste.

Notre étude qualitative n'a pas pour rôle d'apporter une valeur statistique.

Cependant, il semble intéressant de noter qu'au niveau des antécédents obstétricaux, deux femmes avaient eu recours à l'IVG plusieurs fois.

Il est intéressant de questionner cette donnée. En effet, les causes des interruptions volontaires de grossesse sont multiples mais certaines rejoignent les raisons ayant entraîné les déclarations de grossesse tardives évoquées par les femmes dans nos entretiens.

De plus, chez les femmes ayant eu des grossesses antérieures, certaines avaient connu des suivis de grossesse à l'étranger ou des grossesses difficiles.

Une femme avait déjà déclaré sa grossesse précédente de manière tardive.

- **Environnement familial :**

Il existe une faible présence familiale chez la majorité des femmes rencontrées.

Cela s'explique par des situations familiales difficiles : familles à l'étranger, relations familiales compliquées ou jeunes filles placées à l'ASE.

- **Raisons de la déclaration tardive de grossesse :**

Lors de nos différents entretiens, nous avons retrouvé des causes variées de déclarations tardives de grossesse : hésitation par rapport à l'interruption volontaire de grossesse, mauvaise compréhension lors de l'arrêt de la contraception, méconnaissance du système de santé, organisation incorrecte des rendez-vous obstétricaux.

Concernant l'incompréhension de Mme K. par rapport au retrait de son DIU, il existe deux hypothèses :

- soit Mme K. a reçu des données médicales infondées de la part du gynécologue consulté
- soit il s'agit d'une mauvaise compréhension de Mme K. par rapport aux informations délivrées par son gynécologue, quant au retour de la fécondité après le retrait du DIU.

De plus, la situation de Mme Do. peut nous interroger, quant à savoir quel professionnel de santé doit faire la déclaration de grossesse. S'agit-il du professionnel que la femme voit lors de son premier examen médical ou est-ce le rôle de l'échographiste, lorsqu'il réalise l'échographie du premier trimestre ?

Il semble important de noter le rôle du travail en réseau, notamment dans des situations semblables, quand le prochain rendez-vous médical pour réaliser la déclaration de grossesse est éloigné. L'échographiste peut orienter la femme lorsque la déclaration de grossesse n'a pas été faite avant, afin de lui éviter une déclaration tardive.

Enfin, cinq femmes sur les dix rencontrées ont déclaré leur grossesse hors des délais légaux car elles ne se savaient pas enceintes ou n'en étaient pas conscientes. Le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être définit le déni de grossesse ; ce phénomène, peu connu du grand public mais aussi de la sphère médicale, est donc très présent ici.

Il pourrait également être intéressant de vérifier auprès des femmes qui déclarent tardivement leur grossesse tardivement, si ce fait n'est pas le résultat de croyances culturelles ou de superstitions concernant l'avenir de cette grossesse.

• Rôle de la PMI :

Après découverte et déclaration de la grossesse en majorité au cinquième mois, la totalité des femmes ont fait suivre leur grossesse en PMI, par une sage-femme.

Ces femmes sont toutes très satisfaites du suivi en PMI : suivi global personnalisé (anténatal et postpartum), véritable soutien de la part de tous les professionnels de santé, relation particulière avec la sage-femme. De plus, elles sont souvent fidèles à la PMI, en faisant suivre leurs enfants au niveau pédiatrique avec la Protection Infantile ou encore lors de leur suivi gynécologique.

Un ressenti positif vis-à-vis de la PMI a été noté lors de chaque entretien.

Les modalités de nos entretiens (recrutement via des sages-femmes de PMI, déroulement sur le site de la PMI) peuvent expliquer en partie ces données.

- **Suivi régulier après la déclaration tardive de grossesse :**

La quasi-totalité des femmes interviewées (neuf femmes sur dix) ont fait suivre leur grossesse régulièrement après la déclaration tardive, en PMI ou à l'hôpital.

Cela nous permet d'affirmer qu'il ne faut pas stigmatiser ces femmes déclarant leurs grossesses hors des délais légaux comme des femmes allant faire suivre leur grossesse de façon sporadique.

Au contraire, ces femmes correspondent plus au schéma d'une entrée tardive dans le circuit de santé, avec ensuite un suivi assez régulier. De nouveau, la nature de cette étude (en lien direct avec la PMI) ne se veut pas représentative.

Suite aux entretiens, nous percevons nettement que la déclaration de grossesse tardive ne présage pas forcément du suivi de la grossesse. En effet, des examens de grossesse ont pu être réalisés avant la rédaction de cette déclaration (notamment des échographies, cas de Mme O.).

D'autre part, le suivi ultérieur peut être régulier.

- **Le ressenti psychologique :**

Que ce soit au moment de la découverte de la grossesse ou lors de l'entretien, les sentiments des femmes par rapport à leur grossesse étaient très variés.

Chez les femmes ayant déclaré leur grossesse tardivement mais se sachant enceintes, des sentiments positifs sont énoncés lors de la découverte de la grossesse ; pour les femmes ayant hésité avec l'IVG, un ressenti ambivalent est exprimé ; enfin, pour les femmes qui n'avaient pas conscience de leur grossesse avant la découverte, un véritable choc est survenu lors de l'annonce.

Enfin, lors des entretiens avec ces femmes, la moitié avait bien accepté leur grossesse avec des ressentis positifs exprimés par rapport à cette dernière ; certaines femmes restaient ambivalentes alors qu'une seule exprimait un grand sentiment de culpabilité.

Ces résultats semblent en accord avec les données de la littérature : en effet, 19% des femmes ayant déclaré leur grossesse au 3^e trimestre et 16% de celles qui l'ont déclaré au 2^e trimestre expriment un vécu négatif de la grossesse. La probabilité de s'être sentie mal ou très mal durant la grossesse est 1,5 fois plus importante lorsque

la femme a déclaré sa grossesse au deuxième trimestre, et 2,2 fois plus importante lorsque cette dernière a été déclarée au troisième trimestre. (3)

Comme expliqué plus haut, une question était posée aux femmes lors des entretiens par rapport à une potentielle difficulté géographique d'accès aux soins, pouvant amener des femmes à déclarer tardivement leur grossesse : toutes les femmes interrogées ont réfuté cette hypothèse.

L'étude qualitative nous a donc permis d'identifier quatre points importants :

- Un cadre familial fragile est retrouvé chez ces femmes : la moitié n'ont pas reçu de soutien de la part du futur père et leur environnement familial est assez souvent absent
- Ce sont des histoires de vie propres à chacune qui amènent ces femmes à déclarer tardivement leur grossesse ; cependant, la moitié des femmes ne se pensaient pas enceintes avant la découverte
- Ces déclarations se font en majorité autour du cinquième mois de grossesse
- Après la déclaration tardive, la quasi-totalité des femmes interrogées ont eu un suivi médical régulier, notamment par la sage-femme en PMI.

1.3 Réponse aux hypothèses

Au vu de nos résultats quantitatifs et qualitatifs, nous allons pouvoir confirmer ou réfuter nos trois hypothèses.

1.3.1 Première hypothèse

Les résultats de l'étude quantitative nous ont permis d'établir un lien entre la déclaration tardive de grossesse et l'absence d'activité professionnelle en Seine-Saint-Denis en 2013. Elle nous a également permis de montrer une tendance à la déclaration plus tardive chez les femmes nées à l'étranger, et notamment une association significative entre la déclaration de grossesse après vingt-huit semaines d'aménorrhée et un pays de naissance du Maghreb. Cependant, il n'existe pas d'association significative dans notre étude entre un âge inférieur à dix-huit ans ou un nombre de grossesses supérieur ou égal à quatre et une déclaration de grossesse en dehors des délais légaux.

Notre première hypothèse est donc partiellement validée.

1.3.2 Deuxième hypothèse

Les résultats de l'étude quantitative n'apportent pas d'association significative entre la présence ou l'absence du père sur la déclaration de grossesse et une déclaration de grossesse effectuée plus ou moins tardivement ; il n'existe pas non plus de lien significatif entre une déclaration tardive de grossesse et une adresse différente entre le père et la mère.

Notre deuxième hypothèse est donc réfutée.

1.3.3 Troisième hypothèse

Cette troisième et dernière hypothèse n'a pu être testée que par l'étude qualitative. Chez l'ensemble des femmes rencontrées, ce sont des histoires de vie propres à chacune qui les ont amenées à déclarer tardivement leur grossesse.

Lors de nos différents entretiens, nous avons retrouvé des causes variées de déclarations tardives de grossesse : hésitation par rapport à l'interruption volontaire de grossesse, mauvaise compréhension lors de l'arrêt de la contraception, méconnaissance du système de santé, organisation incorrecte des rendez-vous obstétricaux.

Cependant, il est intéressant de noter que pour la moitié des femmes interviewées, la déclaration tardive de grossesse fait suite à une méconnaissance de l'état de grossesse chez la femme enceinte.

Notre troisième hypothèse est donc validée.

II/Forces et limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites.

Au niveau de l'étude quantitative, il existe des données manquantes concernant certains items lors du recueil d'informations sur la déclaration de grossesse (pays de naissance de la mère, activité professionnelle maternelle, couverture sociale maternelle et gesticité).

Un biais de sélection est retrouvé dans le calcul d'association entre le terme de la déclaration de grossesse et le pays de naissance car nous avons choisi de comparer seulement les femmes nées en France et celles nées dans un pays du Maghreb ou d'Afrique noire, en lien avec les données de la bibliographie.

De plus, notre étude ne retrouve pas de lien significatif entre l'absence de couverture sociale et une déclaration de grossesse tardive ; ces résultats ne sont pas en accord avec les données de la littérature. Tout d'abord, notre faible échantillon montre un pourcentage très faible de femmes sans couverture sociale qui déclarent tardivement leur grossesse ; ensuite, les femmes n'ayant pas de couverture sociale n'ont pas de bénéfice à effectuer une déclaration de grossesse d'un point de vue administratif car elles ne recevront aucune aide financière.

Un biais de sélection est donc également envisageable dans notre étude par rapport à l'affiliation à la Sécurité sociale.

Enfin, les femmes rencontrées lors des entretiens ont été recrutées par des sages-femmes de PMI, qui leur ont proposé de participer à l'étude ; un biais de sélection peut donc être considéré dans le recrutement de la population pour l'étude qualitative.

Il existe un biais d'information par rapport à la variable du lieu de naissance. En effet, sur la déclaration de grossesse figure le lieu de naissance de la femme, et non pas sa nationalité. Nous pouvons donc seulement conclure à une association significative entre un terme avancé de déclaration de grossesse chez les femmes nées dans un pays de Maghreb, et non pas chez les femmes ayant la nationalité d'un de ces pays. De même, notre étude ne montre pas d'association significative entre un rang de grossesse élevé et une déclaration de grossesse tardive, résultat qui n'est pas en accord avec les données de la littérature. Cependant, sur nos 102 déclarations de

grossesse, vingt n'étaient pas renseignées quant au nombre de grossesses antérieures chez la mère ; cela peut donc aussi être considéré comme un biais d'information.

Notre faible échantillon d'étude, tant au niveau quantitatif (cent-deux déclarations de grossesse analysées) que qualitatif (dix entretiens de femmes) constitue un biais de généralisation par rapport aux résultats de cette étude. De plus, le fait d'avoir recruté les femmes pour l'étude qualitative au niveau de la PMI peut également être considéré comme un biais de généralisation ; il aurait été préférable d'effectuer le recrutement à l'hôpital, afin d'éliminer un biais d'échantillonnage.

Le formulaire de déclaration de grossesse peut être considéré comme un auto-questionnaire. Il comporte donc un biais d'inclusion : en effet, seules les femmes qui lisent et écrivent le français (ou pouvant bénéficier d'une traduction) vont la remplir et la renvoyer aux organismes concernés. De plus, il semblerait exister un biais de volontariat car les femmes n'ont pas obligation d'y répondre, même si cette dernière leur permet de toucher une aide financière.

Enfin, il semble important de noter que le calcul de l'âge gestationnel lors de la déclaration de grossesse se fait, par déduction, entre la date du début de grossesse et la date de l'examen médical et obstétrical ; cependant, ce n'est pas forcément la première fois que la femme consulte pendant sa grossesse.

Notre double étude constitue assurément une force de notre travail puisque l'étude quantitative permet de tirer des conclusions à partir de faits réels alors que l'étude qualitative permet d'apporter des réponses fines à des questions qui ne pourraient être résolues par ce que l'on trouve au niveau des déclarations de grossesse.

Elle peut constituer en un travail innovant et original ; de plus, la force de la déclaration de grossesse considérée en tant qu'auto-questionnaire réside dans le fait que les femmes peuvent répondre en toute liberté, sans avoir peur d'être jugées par une tierce personne.

III/Propositions d'action

3.1 Recommandations

Dans notre étude qualitative, nous avons pu remarquer que très peu de femmes avaient des connaissances par rapport à la déclaration de grossesse, aux droits des femmes enceintes et au suivi obstétrical pratiqué en France.

De plus, l'étude quantitative nous a montré que certaines catégories de femmes déclaraient significativement plus tardivement que les autres.

Il semble donc important de renforcer l'information auprès de la population générale (hommes également concernés) avant une éventuelle grossesse.

Pour cela, il serait intéressant de délivrer des messages d'information dans les lycées, les facultés ou les écoles d'études supérieures, afin que les jeunes femmes et les jeunes hommes aient connaissance de l'importance du suivi de grossesse, avant d'en envisager une.

De plus, une information de prévention sur le suivi gynécologique, et notamment sur la contraception et la fécondabilité dès le premier rapport sexuel, pourrait être envisagée au niveau des établissements d'enseignement secondaire.

Il serait également pertinent d'intervenir au niveau de structures fréquentées par des femmes plus à risque de déclarer tardivement leur grossesse (structures d'aide à l'emploi ; associations culturelles ; centres d'alphabétisation où des interventions sont réalisées au sein du Réseau Périnatal Paris Nord, par exemple) pour expliquer aux populations rencontrées l'importance d'un suivi précoce et régulier de la grossesse.

Enfin, une communication plus large à travers les médias (feuillets d'information, publicités dans les transports en commun, radio, spots télévisés) permettrait une meilleure connaissance du suivi de grossesse dans la société.

Cela aurait également pour but de promouvoir la profession de sage-femme, méconnue du grand public ; promotion nécessaire notamment chez les jeunes femmes en âge de procréer, qui ne découvrent véritablement cette profession qu'après avoir accouché.

Profession sous-représentée dans la société mais en plein essor, particulièrement en libéral, elle permettrait de répondre à la demande chez les femmes enceintes d'un suivi spécialisé, impossible à réaliser par les gynécologues seuls.

La généralisation de la consultation préconceptionnelle lors du suivi gynécologique régulier, à la demande par la femme de l'arrêt de la contraception par exemple, semblerait être une option intéressante.

Lorsque la femme est enceinte, plusieurs actions seraient appropriées.

La femme pourrait être informée dès le début de sa grossesse du rôle de prévention de la PMI, notamment chez les femmes en difficulté médico-psycho-sociale, nécessitant un accompagnement global, dans un réseau adapté. La réalisation, par les réseaux périnataux, de supports de communication sur les modalités du suivi de grossesse pourraient être distribués.

En plus du carnet de maternité reçu par chacune, toutes les femmes devraient être sensibilisées par les professionnels de santé au suivi précoce de la grossesse, notamment en leur apportant des informations orales sur le suivi physiologique de celle-ci et en répondant à leurs questions.

Par ailleurs, la promotion de la prise en charge à domicile, notamment lors de visites à domicile effectuées par les sages-femmes de PMI ou libérales semblerait judicieuse, par exemple chez les grandes multipares qui peuvent parfois être confrontées à des réalités organisationnelles de déplacement ou de garde d'enfant, entravant leur possibilité de déplacement pour un suivi régulier de leur grossesse.

Dès le début de la grossesse, la gratuité des soins relatifs à cette dernière (consultations, échographies, examens complémentaires) pourrait être envisagée, réduisant au maximum les inégalités sociales d'accès aux soins. De plus, le travail en réseau serait un outil intéressant, notamment dans les cas où la femme n'aurait pas fait sa déclaration de grossesse avant l'échographie du premier trimestre (orientation de la femme par l'échographe si prochaine consultation médicale trop éloignée ou déclaration de grossesse réalisée par l'échographe lui-même).

Afin d'améliorer la centralisation des informations relatives au suivi de la grossesse dans un dossier médical personnel ou un carnet de suivi unique et partagé, la Haute Autorité de Santé a proposé en 2007 la détention du dossier médical par les femmes

elles-mêmes (en leur précisant son importance, pour qu'elles le présentent systématiquement), ainsi que l'informatisation de ce dossier.

Concernant le département de Seine-Saint-Denis, le renforcement de l'offre de soins au niveau des professionnels libéraux est évidemment recommandé, afin de supprimer l'inégalité géographique d'accès aux soins pour les femmes et les enfants, partiellement comblé par la dispersion importante des PMI sur le département.

Il y a donc une absolue nécessité d'assurer en même temps qu'une prise en charge médicale, une prise en charge psycho-sociale ; cela requiert des changements, notamment dans la redéfinition des rôles des différents professionnels de la naissance.

3.2 La profession de sage-femme

Depuis 2004, la sage-femme a le droit de réaliser le premier examen prénatal et donc par conséquent, d'établir la déclaration de grossesse.

Seul 5,4% des femmes consultent une sage-femme lors du premier examen prénatal, donc au moment de la déclaration de grossesse selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2010. Néanmoins, parmi tous les professionnels de santé, c'est la sage-femme qui réalise le plus de déclarations de grossesse tardives.

Il semble donc important que la sage-femme ait des connaissances solides par rapport aux déclarations tardives de grossesse (délais légaux, facteurs de risque).

De plus, dans l'exercice de sa profession, la sage-femme rencontrera des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse.

Il paraît judicieux qu'elle sache que ce sont généralement des histoires de vie, propres à chacune, qui les ont amené à déclarer tardivement cette grossesse. Le fait de ne pas les stigmatiser comme des femmes ayant un suivi sporadique de grossesse, irrégulier et précaire mais plutôt comme des femmes étant entrées tardivement dans le circuit de soin lui permettra une meilleure prise en charge médico-psycho-sociale de ces femmes et de leurs enfants.

Enfin, avoir été informée de la prise en charge de ces femmes, notamment au niveau de la PMI, lors d'un accompagnement global, par différents professionnels de santé, au sein d'un réseau lui permettra une meilleure compréhension du suivi obstétrical de ces femmes et de leurs ressentis.

Conclusion

Dans un premier temps, l'analyse des formulaires de déclaration de grossesse lors de l'étude quantitative nous a permis de caractériser les femmes déclarant tardivement leur grossesse en Seine-Saint-Denis en 2013. Nous avons obtenu des résultats significatifs par rapport à certains critères rapportés par la littérature : il existe une association significative dans notre étude entre une déclaration de grossesse tardive et l'absence d'activité professionnelle ou un pays de naissance du Maghreb.

D'autre part, l'étude qualitative, par les dix entretiens de femmes, nous a apporté plusieurs données notables : ce sont principalement des histoires de vie propres à chacune qui amènent ces femmes à déclarer tardivement leur grossesse ; une partie de ces femmes sont ou se disent isolées (absence du conjoint ou de l'entourage familial) ; après la déclaration tardive, ces femmes font suivre leur grossesse régulièrement et relèvent donc plus d'un schéma d'entrée tardive dans le circuit de soin, avec ensuite un suivi médical régulier.

Ce travail confirme l'importance de la déclaration de grossesse, permettant un repérage fiable des facteurs de risque, pouvant être signalés aux services de PMI. De plus, il apporte par l'étude qualitative des réponses fines à des questions qui n'auraient pu être résolues par l'étude du formulaire de déclaration de grossesse. Cette double approche confirme l'existence de situations multifactorielles amenant ces femmes à déclarer tardivement leur grossesse.

Pour finir, la poursuite éventuelle de ce travail, notamment au niveau du formulaire de déclaration de grossesse paraîtrait pertinent.

En effet, l'optimisation de celui-ci par rapport à certains items peu accessibles pour la population générale pourrait améliorer la compréhension des femmes lorsqu'elles remplissent leur déclaration et diminuerait ainsi les données manquantes, permettant d'obtenir des résultats sensiblement plus significatifs.

Enfin, faire remplir ces documents dans des lieux dotés d'interprètes pourrait être une solution envisagée pour les femmes non francophones.

Bibliographie

1. RICHIR A. La déclaration tardive de grossesse, identification des facteurs de risques psycho-socio-économiques chez les femmes ayant déclaré leur grossesse après 20 semaines d'aménorrhée à la Maternité Régionale de Nancy entre le 01/01/2009 et le 01/07/2009. Ecole de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz, Nancy; 2010.
2. ameli.fr - Vous êtes enceinte : votre grossesse [Internet]. [cited 2014 Feb 3]. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/la-declaration-de-grossesse.php>
3. SCHEIDDERGER S, VILAIN A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. Etudes et Résultats, n°552. DREES; 2007 Jan;
4. BOLOT A-L. Déclaration tardive de grossesse: étude éco-épidémiologique des déterminants individuels et environnementaux. Université de Franche-Comté; 2011.
5. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse) - Service-public.fr [Internet]. [cited 2014 Feb 3]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F17365.xhtml>
6. ameli.fr - La maternité [Internet]. [cited 2014 Feb 4]. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite.php>
7. Vous attendez un enfant | caf.fr [Internet]. [cited 2014 Feb 4]. Available from: <https://www.caf.fr/aides-et-services/connaitre-vos-droits-selon-votre-situation/vous-avez-ou-vous-attendez-un-ou-des-enfants/vous-attendez-un-enfant>
8. VILAIN A, GONZALEZ L, REY S, MATET N, BLONDEL B. Surveillance de la grossesse en 2010: des inégalités socio-démographiques. Etudes et Résultats, n°848. DREES; 2013 Jul;
9. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête Nationale Périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011.
10. HAS. Recommandations professionnelles: Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007.
11. Ordre des sages-femmes - Conseil National Le suivi prénatal et postnatal [Internet]. [cited 2014 Feb 6]. Available from: http://ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_competchances/le_suivi_prenatal_et_postnatal_/index.htm
12. ORS Île de France. L'offre de soins pour la mère et l'enfant. La santé observée en Seine-Saint-Denis; 2012.
13. ORS Île de France. Les structures de soins et de prévention non hospitalières. La santé observée en Seine-Saint-Denis; 2012.

14. Pôle Enfance et Famille. Direction de la Protection Maternelle et Infantile et promotion de la santé. Val de Marne; 2009.
15. Ministère de la Santé, Assurance Maladie, INPES. Le travail en réseau: fiche d'information. 2010.
16. ORS Île de France. Les sages-femmes. La santé observée en Seine-Saint-Denis; 2012.
17. ORS Île de France. Grossesse et accouchement. La santé observée en Seine-Saint-Denis; 2011.
18. ORS Île de France. Premiers certificats de santé des enfants nés en 2010 et domiciliés en Île-de-France. 2013.
19. BOSQUILLON L, FAVRE A. Etude sur les déclarations et le suivi de grossesse en Guyane Française de février à décembre 2010. Réseau Périnatal Guyane; 2010.
20. GENEST L, DECROIX H, ROTTEN D, SIMMAT-DURAND L. Maternités précoces: profils socio-démographiques de 220 mères adolescentes en Seine-Saint-Denis. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction n°883. 2013;
21. URQUIA ML, GLAZIER RH, BLONDEL B, ZEITLIN J, GISSLER M, MACFARLANE A, et al. International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination. Journal of Epidemiology and Community Health n°64. 2010 Mar;243–51.
22. Migration and health: a complex relation. The Lancet. 2006 Sep 23;368:1039.
23. GAYRAL-TAMINH M, DAUBISSE-MARLIAC L, BARON M, MAUREL G, REME J-M, GRANDJEAN H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction n°34. 2005;23–32.
24. Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Le site du CNLE [Internet]. [cited 2014 Mar 26]. Available from: <https://www.cnle.gouv.fr/Les-Permanences-d-acces-aux-soins.html>
25. AZRIA E, GUITTET L, DELAHAYE M, KOSKAS M, NAOURA I, LUTON D, et al. Improvement of first-trimester ultrasound screening in socially deprived settings through a community-based perinatal network. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology n°159. 2011;351–4.
26. ORS Île de France. Contexte géographique et économique. La santé observée en Seine-Saint-Denis; 2012.
27. ORS Île de France. La population. La santé observée en Seine-Saint-Denis; 2012.
28. CHARREIRE H, LE VAILLANT M, KHOSNOOD B, COMBIER E. Impact conjugué des déterminants sociaux et géographiques sur le suivi de grossesse

en milieu urbanisé. Congrès national des Observatoires Régionaux de la Santé 2008 - Les inégalités de santé; 2008.

29. ANDREANI J, CONCHON F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing. 2005.
30. NDIAYE Pap. et al., Déterminants socioculturels du retard de la première consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. Santé Publique. 2005 Apr;17:531–8.

Annexes

Annexe I : Formulaire de déclaration de grossesse CERFA

Premier examen médical prénatal

(à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)

1er volet



n° 10112*05

Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille (de naissance)	<div>Ce formulaire est mis en ligne pour consultation. Pour votre démarche, un formulaire original sera utilisé.</div>	
Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)		
Prénom		
Lieu de naissance	Date de naissance	
Votre adresse		
n°, voie, rue		
Code postal		ville
Etes-vous assurée sociale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation		
Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattachée ? (complétez ci-dessous)		
Son nom et son prénom		
Son numéro d'immatriculation		
Son adresse		
n°, voie, rue		
Code postal		ville
Recevez-vous des prestations familiales ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
De quel organisme ?		
Sous quel numéro d'allocataire ?		
Profession de l'assuré(e)	<input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non agricole	
	<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée <input type="checkbox"/> Fonctionnaire	
	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
voulez-vous préciser ? (réponse facultative)	Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures.
	Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)	

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Signature
de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le Signature :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de votre Caisse d'allocations familiales.

Attestation du médecin
ou de la sage-femme

• Je soussigné(e), certifie que Madame _____
a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.
• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.
DATE PRESUMEE _____ Signature du médecin ou de la sage-femme :
DU DEBUT _____
DE LA GROSSESSE _____

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

S. 4110 f

Annexe II : Professionnels de santé consultés pour la déclaration de grossesse (ENP 2010, tableau 15)

Tableau 15. Personnes consultées (échantillon des femmes en métropole)
Caregivers for prenatal care

			2010		
	%	p	N	%	IC à 95%
Personne ayant fait la déclaration⁽¹⁾					
généraliste	23,8	<0,001	3 020	22,4	21,8 – 23,2
gyn- obs en ville	47,2		6 414	47,6	46,8 – 48,4
gyn-obs en maternité	27,6		3 570	26,5	25,8 – 27,2
sage-femme en maternité	1,2		481	3,6	3,2 – 3,8
sage-femme libérale	0,2		149	1,1	0,9 – 1,3
sage-femme de PMI			88	0,6	0,5 – 0,7
autre			16	0,1	0,0 – 0,2
	(13 634)		(13 738)		

Annexe III : Déroulement de la première consultation avant 10 SA, HAS (10)

a. Établir le diagnostic de grossesse	- Interrogatoire, examen clinique - β -hCG qualitatif en cas de doute
b. Dater la grossesse	Échographie de datation dans les cas incertains
c. Réaliser un examen clinique général et gynécologique	Prise de la pression artérielle, mesure de la taille, du poids, examen des seins, frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans) ^(a)
d. Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) (cf. tableau 1)	Adaptation du traitement en cours
e. Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	Dépistage combiné du 1 ^{er} trimestre de la grossesse, associant mesure de la clarté nucale (échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β -hCG libre) ^(b)
f. Prévenir les malformations du tube neural (jusqu'à 8 SA)	Complément nutritionnel : supplémentation en folates à raison de 400 μ g/jour ^(c)
g. Donner une information orale sur le suivi général de la grossesse (étayée par une information écrite disponible dans le carnet de maternité ^(h))	Alimentation et mode de vie, risques infectieux alimentaires, organisation des soins au sein d'un réseau périnatalité, droits et avantages liés à la maternité, examens de dépistage, sensibilisation aux effets du tabagisme ^(d) , de la consommation d'alcool ^(e) , de l'usage de drogues ^(f) et de médicaments tératogènes ^(g)
h. Débuter l'élaboration d'un projet de naissance avec la femme enceinte ou le couple (à compléter lors de l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ⁽ⁱ⁾)	Information sur le déroulement global de la grossesse, l'accouchement et la naissance, le calendrier des consultations prénatales (si datation certaine), l'adaptation possible des conditions de travail (médecin du travail), la durée du congé maternité, les droits sociaux liés à la grossesse, l'allaitement maternel.

^(a) Cf. Recommandations pour la pratique clinique « Conduite à tenir devant un frottis cervical anormal », Anaes 2002.

^(b) Cf. Recommandations de santé publique « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

^(c) Cf. Recommandations pour la pratique clinique « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », HAS 2005.

^(d) Cf. Conférence de consensus « Grossesse et tabac », Anaes 2004.

^(e) Cf. Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 2005.

^(f) Cf. Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 2001.

^(g) Cf. Afssaps 2006, document disponible sur <http://agmed.sante.gouv.fr>

^(h) Cf. Carnet de maternité révisé par la DGS (juillet 2007), disponible sur le site www.sante.gouv.fr

⁽ⁱ⁾ Cf. recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Annexe IV : Examens à prescrire lors de la 1^e consultation du suivi de grossesse, HAS (10)

Examens à prescrire obligatoirement	<ul style="list-style-type: none"> • Glycosurie et protéinurie • Toxoplasmose et rubéole ^(a) • Syphilis • Groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell)^(b) • Recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ^(c)
Examens à proposer systématiquement	<ul style="list-style-type: none"> • Échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours) ^(d) • Sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH
Examens à prescrire éventuellement	<ul style="list-style-type: none"> • Examen cytobactériologique des urines (ECBU) • Dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque ^(e) • Frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales s'il date de plus de 2 à 3 ans ^(f).

^(a) En l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise (décret n°92-143 du 14 février 1992).

^(b) Si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires).

^(c) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

^(d) Cf. rapport du Comité national technique de l'échographie fœtale, 2005.

^(e) Ration alimentaire insuffisante (< 2 000 kcal/j) peu variée et excluant des aliments d'origine animale, cf. recommandations « Supplémentations au cours de la grossesse », CNGOF 1997.

^(f) Cf. recommandations pour la pratique clinique « Conduite à tenir devant un frottis cervical anormal », Anaes 2002.

Annexe V : Déroulement et examens complémentaires de la 2^e consultation, HAS (10)

a. Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée d'accouchement
b. Réaliser un examen clinique Prise de la pression artérielle ; mesure du poids ; mesure de la hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible recherche des bruits du cœur foetal
c. Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales Marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre ^(a)
d. Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) ^(b) Expression des attentes et besoins de la femme et du couple ; repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et orientation vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique, etc.) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents ; informations sur les ressources de proximité ; liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés
f. Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (collectives ou individuelles) en expliquant leurs objectifs ^(b)

^(a) Recommandations de santé publique, « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

^(b) Recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Encadré 6. Examens à prescrire au cours de la 2^e consultation de grossesse.

Systematiquement	<ul style="list-style-type: none"> • Glycosurie et protéinurie • Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent • Sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)
-------------------------	--

Annexe VI : Déroulement et examens complémentaires des consultations prénatales intermédiaires, HAS (10)

	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique (poids, prise de la tension artérielle ; mesure de la hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; recherche des contractions utérines)	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Cs de pré-anesthésie	-	-	-	-	X

Encadré 8. Examens à prescrire ou à proposer au cours des consultations prénatales intermédiaires (accord professionnel).

	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examens à prescrire obligatoirement					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI : si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel ^(a)	-	-	X ^(b)	-	X ^(c)
• Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
• Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2e échographie (entre 20 et 25 SA) ^(d)	-	X	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA) ^(d)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

RAI : recherche d'agglutinines irrégulières ; ECBU : examen cyto bactériologique des urines.

(a) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

(b) Recommandations « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle », CNGOF 2005.

(c) Sauf si une injection anti-D a été pratiquée à 28 SA.

(d) Rapport du Comité national technique de l'échographie fœtale, 2005.

Annexe VII : Déroulement et examens complémentaires de la consultation du 9^e mois, HAS (10)

a. Réaliser un examen clinique général et obstétrical	Poids, prise de la tension artérielle, recherche des signes fonctionnels urinaires. Mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux, recherche des contractions utérines, présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
b. Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)	Information de la femme sur le déroulement de l'accouchement
c. Donner des informations pratiques ^(a)	Prise en charge d'une grossesse à terme ; modalités locales de rendez-vous et consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie après que le terme est atteint
d. Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son bébé	Information sur les interventions adaptées possibles et proposition d'éventuelle intervention coordonnée d'une aide sociale (travailleur social), d'une puéricultrice de PMI, du médecin traitant, du pédiatre, du psychologue, etc.

^(a) Recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Encadré 10. Examens à prescrire ou à proposer au cours de la consultation du 9^e mois de grossesse.

Obligatoirement	<ul style="list-style-type: none"> Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente Glycosurie et protéinurie
Éventuellement	<ul style="list-style-type: none"> Examen cytobactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

Annexe VIII : Suivi de grossesse et femmes ayant déclaré leur grossesse tardivement, ENP 2010 (8)

	% des femmes ayant eu moins de 7 visites prénatales*	Odds ratios (*quand significatif)	% des femmes n'ayant pas déclaré sa grossesse au premier trimestre	Odds ratios (*quand significatif)
Rang de la grossesse	6 %		7,8 %	
Rang 1	4 %	réf.	7,4 %	réf.
Rang 2	5 %	1,1 [0,9;1,4]	6,6 %	1,0 [0,8;1,2]
Rang 3	7 %	1,5* [1,1;1,9]	7,7 %	1,1 [0,9;1,4]
Rang 4 et plus	10 %	1,8* [1,4;2,3]	10,8 %	1,3* [1,0;1,6]
Vie en couple				
Vie en couple	5 %	réf.	6,5 %	réf.
Pas de vie en couple	9 %	0,9 [0,7;1,3]	25,9 %	2,4* [2,0;2,9]
Groupe d'âges				
< 20 ans	6 %	0,7 [0,4;1,4]	27,4 %	2,6* [1,9;3,6]
20-24 ans	7 %	1,3 [0,9;1,7]	12,3 %	1,5* [1,2;1,8]
25-29 ans	5 %	1,1 [0,9;1,4]	6,8 %	1,1 [0,9;1,3]
30-34 ans	5 %	réf.	6,1 %	réf.
35-39 ans	7 %	1,2 [1,1;1,6]	6,1 %	0,8 [0,7;1,0]
40 ans et plus	7 %	1 [0,7;1,6]	5,5 %	1,5* [1,1;2,0]
Niveau d'études				
Non scolarisée	32 %	2,7* [1,5;5,1]	24,2 %	1,3 [0,8;2,0]
Primaire	17 %	1,3 [0,8;2,2]	19,6 %	1,0 [0,7;1,5]
Secondaire	8 %	réf.	10,8 %	réf.
Bac ou +	5 %	0,7* [0,6;0,9]	4,7 %	0,9 [0,8;1,1]
Nationalité				
France	5 %	réf.	6,3 %	réf.
Europe	10 %	1,5 [1,2;1,1]	13,8 %	1,6* [1,2;2,2]
Afrique du Nord	13 %	1,5* [1,1;2,1]	18,1 %	2,0* [1,5;2,5]
Afrique autres	15 %	1,6* [1,1;2,5]	25,3 %	1,9* [1,5;2,5]
Autres nationalités	10 %	1,4 [0,9;2,2]	16,5 %	2,0* [1,4;2,7]
Profession				
Agriculteur	8 %	0,9 [0,4;2,4]	4,1 %	0,7 [0,2;2,3]
Artisan	5 %	0,7 [0,3;1,4]	9,2 %	1,7* [1,0;2,9]
Cadre	4 %	réf.	3,7 %	réf.
Profession intermédiaire	4 %	0,8 [0,6;1,1]	4,1 %	1,1 [0,8;1,5]
Employé	4 %	0,6 [0,5;0,9]	6,2 %	1,2* [1,0;1,6]
Ouvrier non qualifié	9 %	0,9 [0,6;1,3]	10,8 %	1,3 [0,9;1,9]
Ouvrier qualifié	6 %	0,7 [0,4;1,1]	7,9 %	1,1 [0,7;1,7]
Sans profession	12 %	0,8 [0,6;1,2]	17,8 %	1,2 [0,9;1,7]
Services	7 %	0,6* [0,4;0,9]	10,6 %	1,4* [1,0;1,9]
Activité				
Emploi	4 %	réf.	4,4 %	réf.
Au foyer	13 %	1,4* [1,1;1,7]	17,3 %	1,7* [1,4;2,1]
Étudiante	8 %	1,3 [0,8;2,2]	19,9 %	1,5* [1,1;2,1]
Chômage	6 %	1,0 [0,8;1,3]	10,2 %	1,3* [1,1;1,6]
Autre	8 %	0,9 [0,4;2,0]	30,5 %	2,6* [1,7;3,8]
Revenu par unité de consommation (tenant compte des familles mono-parentales)				
< 500 €	12 %	1,4* [1,1;1,9]	13,8 %	1,3* [1,1;1,6]
500-1 000 €	10 %	1,2 [1,1;1,6]	12,3 %	1,3* [1,1;1,6]
1 000-1 500 €	6 %	réf.	5,4 %	réf.
≥ 1500 €	4 %	0,8 [0,6;1,0]	3,5 %	0,9 [0,7;1,1]
Couverture sociale				
CMU/AME	12 %	1,3* [1,0;1,7]	20 %	1,6* [1,4;2,0]
Couverture sociale et mutuelle	5 %	réf.	5 %	réf.
Couverture sociale sans mutuelle	11 %	1,6* [1,2;2,2]	19 %	2,4* [1,9;3,1]
Pas de couverture sociale	15 %	2,3* [1,1;4,6]	39 %	4,6* [3,1;6,8]

CMU : couverture maladie universelle ; AME : aide médicale d'État.

*Naissance non prématurée et déclarée au premier trimestre.

Lecture • Pour les femmes n'ayant pas été scolarisées, la probabilité d'avoir eu moins de 7 visites prénatales rapportée à celle d'avoir eu 7 visites ou plus est 2,7 fois plus élevée que pour la classe des femmes diplômées d'un niveau d'études secondaires (catégorie de référence).

Champ • Femmes ayant accouché en Métropole.

Sources • Enquête nationale périnatale 2010.

Annexe IX : Modèle de lettre de Mise A

Disposition proposé par le Conseil Général de

Seine-Saint-Denis

Comme toutes les futures mamans,
vous vous posez des questions :

J'ai des contractions, que dois-je faire ?

Sein ou biberon ?

Alors le droit de manger de tout ?

Quelle contraception après mon accouchement ?

J'attends des nouvelles, la sage-femme de PMI peut-elle me suivre ?

Quand dois-je aller aux urgences de la maternité ?

La préparation à la naissance, est-elle nécessaire ?

Vais-je savoir m'occuper de mon bébé ?

Vous pouvez choisir de faire suivre votre grossesse par un médecin ou une sage-femme, en ville, dans la maternité de votre choix ou en PMI. Ces professionnels pourront répondre aux questions que vous vous posez.

Si votre grossesse fait déjà l'objet d'un suivi médical :

- Vous pouvez faire appel à la sage-femme de PMI pour un suivi complémentaire.

Si vous avez choisi de faire suivre votre grossesse par une sage-femme de PMI :

- Ce suivi peut se faire dans le centre de PMI proche de chez vous, complété, si besoin, par des visites à domicile.

Le centre de PMI

La sage-femme travaille en étroite collaboration avec tous les professionnels du centre de PMI : médecin, puéricultrice, éducatrice de jeunes enfants, psychologue, psychomotricienne, auxiliaire de puériculture, conseillère conjugale. Vous pouvez, en fonction de vos besoins, rencontrer ces professionnels et bénéficier des prestations suivantes :

- Consultations médicales.
- Visites à domicile.
- Entretien prénatal.
- Groupes de parole.
- Séances de préparation à la naissance.
- Soutien à l'allaitement.

Ces prestations peuvent varier selon les centres.

Ce service, gratuit pour les familles, est financé par le Conseil général de la Seine-Saint-Denis.

seine-saint-denis

Pour prendre contact avec la sage-femme ou un autre professionnel de PMI :

Centre de PMI

RETROUVEZ-NOUS

Ou consultez la liste des centres de PMI sur : www.seine-saint-denis.fr

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

Vous êtes enceinte.
Vous vous posez des questions.

Vous ressentez le besoin d'être aidée, soutenue, accompagnée.
Vous souhaitez préparer ou mieux l'arrivée de votre bébé.

Les sages-femmes
de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
sont à votre disposition

Annexe X : Modèle de lettre de Mise à Disposition de Mme Lecomte, sage-femme à Aulnay-sous-Bois

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

PÔLE SOLIDARITÉ

Madame, Mademoiselle

Notre référence : Circ.PMI/2013/AL/CH/M.A.D

Affaire suivi par : Aurore LECOMTE

Madame LECOMTE Aurore,

Sage-femme de PMI, je suis à votre disposition pour les consultations de suivi de grossesse en centre:

Sur rendez-vous
Le lundi de 9h00 à 12h
P.M.I « Jean Aupest »
Allée du Merisier
AULNAY-SOUS-BOIS
01.71.29.52.58

Sur rendez-vous
Le Mardi de 9h à 12h
P.M.I « La Croix Nobillon »
Rue de la Croix Nobillon
AULNAY-SOUS-BOIS
01.48.66.17.41
01.71.29.52.52

Sur rendez-vous
Le Mardi de 13h30 à 17h
P.M.I « Le Gros Saule »
Rue du Dr Jean Perlis
AULNAY-SOUS-BOIS
01.43.83.43.78

Si vous souhaitez prendre rendez-vous pour des consultations dans les centres de PMI, vous pouvez joindre directement les centres concernés.

Si vous souhaitez prendre rendez-vous pour des visites à domicile ou avoir des informations, vous pouvez me laisser un message au 06.24.18.55.66, en me laissant vos nom, prénom, adresse (préciser le code de l'immeuble, étage et numéro d'appartement si nécessaire) et votre numéro de téléphone.

Dans l'attente de vous rencontrer, veuillez croire, Madame, Mademoiselle, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Aurore LECOMTE
Sage-femme de P.M.I

Annexe XI : Tableau récapitulatif des femmes interviewées

Femmes interviewées	Âge	Nationalité	Activité professionnelle / Source de revenu	Couverture sociale
Mme D.	19 ans	Française	Sans ; bénéficiaire RSA	CMU
Mme O.	33 ans	Togolaise ; pas de titre de séjour	Sans	AME
Mme K.	29 ans	Ivoirienne ; titre de séjour	Aide-soignante	Sécurité Sociale
Mme Ka.	15 ans	Française	Lycéenne	Sécurité Sociale
Mme MF.	20 ans	Cap-Verdienne ; sans titre de séjour	Femme de ménage	AME
Mme Y.	32 ans	Algérienne ; titre de séjour	Femme de ménage	Sécurité Sociale du mari
Mme Do.	28 ans	Camerounaise ; titre de séjour	Sans ; bénéficiaire des prestations de la CAF (2 premiers enfants)	Sécurité Sociale du mari
Mme B.	19 ans	Ghanéenne ; demande d'asile	Lycéenne ; bénéficiaire du RSA	CMU
Mme Bo.	31 ans	Congolaise ; titre de séjour	Sans ; bénéficiaire des prestations de la CAF (2 premiers enfants) + APL	CMU
Mme Ko.	16 ans	Française	Lycéenne	CMU

Approche évènementielle de la déclaration tardive de grossesse supérieure à seize semaines d'aménorrhée en Seine-Saint-Denis en 2013

L'Enquête Nationale Périnatale de 2010 constate une augmentation des déclarations de grossesse après seize semaines d'aménorrhée. Par ailleurs, le département de Seine-Saint-Denis présente le taux le plus élevé de grossesses déclarées hors des délais légaux. En quoi certains facteurs socio-économiques et psychologiques amènent des femmes à déclarer tardivement leur grossesse ?

Nous avons analysé 102 formulaires de déclarations de grossesse effectuées hors des délais légaux entre mai et juillet 2013 afin de caractériser les patientes présentant une déclaration tardive de grossesse en Seine-Saint-Denis. Nous avons par ailleurs réalisé dix entretiens de femmes entre juin et novembre 2013 pour analyser les événements qui amènent ces femmes à déclarer tardivement leur grossesse.

Il existe une association significative entre une déclaration de grossesse tardive et l'absence d'activité professionnelle ou un pays de naissance du Maghreb. Ce sont des histoires de vie propres à chacune qui amènent ces femmes à déclarer tardivement leur grossesse.

Mots-clés : déclaration obligatoire, grossesse, Seine-Saint-Denis

Study of the reasoning behind late pregnancy declarations higher than sixteen weeks of amenorrhea in Seine-Saint-Denis in 2013

The 2010 National Perinatal Survey observes an increase in pregnancy declarations after sixteen weeks of amenorrhea. Moreover, the department of Seine-Saint-Denis presents the highest rate of pregnancies declared outside of the legal time limit. In what way do certain socioeconomic and psychological factors lead women to delay the declaration of their pregnancy?

We analyzed 102 pregnancy declarations made beyond the legal time limit between May and July 2013, in order to characterize patients in Seine-Saint-Denis who declared their pregnancy after sixteen weeks. We also carried out ten interviews with women between June and November 2013 to analyze the events which lead women to delay declaring their pregnancy.

There is a significant association between a late pregnancy declaration and the absence of professional activity or having being born in a North African country (Maghreb). Late declarations of pregnancies are due to individual reasons, specific to each woman.

Keywords: mandatory report, pregnancy, Seine-Saint-Denis